

Twee kapiteins op een schip

Een conversatieanalytisch onderzoek naar de interactionele aspecten gedurende het arts/patiënt gesprek die van invloed zijn op de tevredenheid



Marit Peters

UMCG, Orthopedie
Rijksuniversiteit Groningen, Communicatiekunde



Groningen, juni 2013



Studentenbureau UMCC

Universitair Medisch Centrum Groningen

Twee kapiteins op een schip

Een conversatieanalytisch onderzoek naar de interactionele aspecten gedurende het arts/patiënt gesprek die van invloed zijn op de tevredenheid

Groningen, juni 2013

Auteur
Studentnummer

Jorinde Marije Peters
s1906062

Afstudeerscriptie in het kader van

Communicatiekunde
Faculteit der Letteren
Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

dr. M. Stevens
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, arts/patiënt gesprekken,
patiënttevredenheid

'T IS ALS EEN SCHIP EN WE ZIJN BEIDE KAPITEIN

BEN JE NET EEN BEETJE LEUK WEG VAN DE KADE

BEN JE WEG, GAAT HET ANKER ALWEER UIT

VOORWOORD

Na het behalen van mijn HBO diploma wist ik het zeker, dit was nog niet het einde van mijn studententijd. Wat ben ik blij dat ik na een tussenjaar in Oostenrijk heb bedacht dat ik naar Groningen wilde om hier mijn pre-master en mijn masteropleiding te gaan volgen. Nu, een aantal jaren verder, schrijf ik de laatste woorden van mijn masterscriptie. Het afronden van mijn scriptie betekent niet alleen het eind van mijn masteropleiding en mijn studententijd maar ook het begin van mijn 'volwassen' bestaan. Nooit had ik gedacht dat ik bij het schrijven van mijn masterscriptie nog zoveel bij zou leren. Het doen van onderzoek, samenstellen van een corpus, contacten leggen en onderhouden met verschillende mensen op verschillende afdelingen, patiënten benaderen, transcriberen, analyseren.. ik vond het een grote uitdaging en heb er ontzettend veel van geleerd.

Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst mijn scriptiebegeleider Mike Huiskes voor zijn geduld, goeie ideeën, feedback en enthousiasme. Vaak ging ik na een bespreking weg met nieuwe inspiratie en een dosis energie om toch nog eens een keer extra kritisch naar mijn stukken te kijken. Daarnaast wil ik Wim Vuijk bedanken, die mij in contact bracht met Jan Pols en voor zijn behulpzaamheid. Ook wil ik Jan Pols bedanken voor zijn enthousiasme, behulpzaamheid, het meedenken gedurende mijn onderzoek en het leggen van het contact tussen mij en Martin Stevens en het contact met Margot Jager. Uiteraard wil ik Martin Stevens bedanken voor zijn gastvrijheid, behulpzaamheid en het in contact brengen met de twee artsen in opleiding bij wie ik mijn opnames mocht maken. Iris Busscher en Oscar Dorrestijn, bedankt voor jullie hulp, tijd en moeite! Ook wil ik Martin bedanken voor de mogelijkheid die hij voor mij heeft gecreëerd om mijn uitkomsten en ideeën te presenteren aan een groep orthopeden. Ik heb dit als zeer waardevol ervaren.

Als laatste wil ik mijn ouders bedanken die mij gestimuleerd hebben om door te studeren na het HBO, mij altijd gesteund hebben in de keuzes die ik heb gemaakt in de jaren hier in Groningen en altijd voor mij klaar staan.

Marit Peters

Groningen, juni 2013

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
2 THEORETISCH KADER	5
2.1 VAN ARTS-GEORIËNTEERD NAAR PATIËNT-GEORIËNTEERD	5
2.2 PATIËNTTEVREDENHEID.....	6
2.3 CONTEXT VAN GESPREKKEN.....	6
2.4 VERSCHILLEN TUSSEN ARTS/PATIËNT GESPREKKEN EN ALLEDAAGSE GESPREKKEN	7
2.4.1 Faseringen	9
2.4.2 Vragen in het arts/patiënt gesprek	11
3 METHODE EN DATA.....	15
3.1 ONDERZOEKSVRAAG.....	15
3.2 METHODE ALGEMEEN	15
3.3 CORPUS.....	15
3.4 WERKWIJZE.....	16
3.4.1 Vragenlijst.....	17
3.5 CONVERSATIEANALYSE.....	18
3.5.1 Kwalitatieve analyse.....	18
4 ANALYSE.....	19
4.1 KWANTITATIEVE ANALYSE.....	19
4.2 KWALITATIEVE ANALYSE.....	22
4.2.1 Fase verloop.....	22
4.2.2 Analyse van het 'goed beoordeelde' gesprek.....	23
4.2.3 Deelconclusie	27
4.2.4 Analyse van het 'minder goed beoordeelde' gesprek.....	28
4.2.5 Deelconclusie	40
4.3 TERUGKERENDE TOPICS	41
4.3.1 Diagnose	41
4.3.2 Behandeling	44
4.3.3 Deelconclusie	46
5 CONCLUSIE.....	47
5.1 CONCLUSIE VAN HET 'GOED BEOORDEELDE' GESPREK	47

5.2	CONCLUSIE VAN HET ‘MINDER GOED BEOORDEELDE’ GESPREK.....	47
5.3	TOPIC COMPETITIE	48
5.4	DISCUSSIE	48
6	ADVIES.....	51
6.1	ADVIES VOOR VERVOLGONDERZOEK	54
7	LITERATUURLIJST	55
BIJLAGEN.....		57
BIJLAGE 1	INFORMED CONSENT	57
BIJLAGE 2	TOESTEMMINGSFORMULIER	60
BIJLAGE 3	VRAGENLIJST	62
BIJLAGE 4	CIJFERS VAN DE ARTS EN DE PATIËNT OP ALLE OPGENOMEN GESPREKKEN.....	63
BIJLAGE 5	GESPREKKEN VAN ‘GOED’ NAAR ‘MINDER GOED’ BEOORDEELD (RAPPORTCIJFER)	64
BIJLAGE 6	ANTWOORDEN OP DE GESLOTEN VRAGEN	65
BIJLAGE 7	ANTWOORDEN OMGESCHAALD NAAR CIJFERS VAN ALLE GESPREKKEN OP DE MEERKEUZEVRAGEN	66
BIJLAGE 8	DUUR VAN DE GESPREKKEN.....	67
BIJLAGE 9	FASEVERLOOP VAN DE ZES GESPREKKEN UIT HET CORPUS	68

SAMENVATTING

Dit onderzoek richt zich op de interactie tussen artsen en patiënten in gesprekken op de polikliniek van de afdeling orthopedie in het UMCG. Vanuit deze afdeling is de vraag ontstaan hoe de arts/patiënt gesprekken worden ervaren en beoordeeld door de artsen en de patiënten en welke gesprekskenmerken relevant zijn voor dat oordeel.

In de bestaande literatuur is al veel geschreven over arts/patiënt gesprekken. Doordat arts/patiënt gesprekken anders zijn dan alledaagse gesprekken (door o.a. het institutionele karakter) zijn deze gesprekken vanuit theoretisch perspectief voor onderzoekers interessant. Echter, ook vanuit de praktijk binnen de medische wereld bestaat er een behoefte aan meer inzicht in deze gesprekken. De uitkomsten van onderzoek naar de communicatie tussen artsen en patiënten kan artsen helpen de gesprekken beter te laten verlopen om zo de patiënttevredenheid te vergroten. Uit de theorie is gebleken dat één van de belangrijkste gesprekskenmerken die in verband staat met de patiënttevredenheid de participatiemogelijkheden van de patiënten is. In dit onderzoek zijn vanuit de literatuur twee facetten bestudeerd die de patiëntparticipatie beïnvloeden en daarmee de patiënttevredenheid: de vaststaande faseringen in het arts/patiënt gesprek met de daaraan verbonden gespreksdoelen en de manier waarop er in deze gesprekken omgegaan wordt met het stellen van vragen. Gebleken is dat de participatie van patiënten in het arts/patiënt gesprek wordt beperkt door de vaststaande structuur, omdat er van de patiënt alleen in de eerste fase initiatief wordt verwacht, en dat van alle vragen die er in een arts/patiënt gesprek worden gesteld maar liefst 90% afkomstig is van de arts waardoor ook op dit gebied weinig initiatief van de patiënt wordt verwacht.

Voor dit onderzoek zijn er in totaal 29 arts/patiënt gesprekken op de polikliniek van de afdeling orthopedie opgenomen op video. Aan de artsen en de

patiënten is gevraagd om naderhand een rapportcijfer toe te kennen aan de gevoerde gesprekken. De patiënten kregen daarnaast ook een vragenlijst met daarin zeven meerkeuzevragen en twee open vragen. Aan de hand van een kwantitatieve analyse zijn de cijfers van de artsen en de patiënten gekoppeld aan de antwoorden van de patiënten op de gesloten vragen in de vragenlijst en op deze manier was het mogelijk om de gesprekken te kwalificeren als 'goed beoordeeld' of als 'minder goed beoordeeld'. Daarnaast was het op deze manier ook mogelijk om de gesprekken te vergelijken. Uit deze vergelijking bleek dat de artsen en de patiënten het redelijk eens waren bij de beoordeling van de gesprekken en dat er geen sprake was van 'slecht beoordeelde' gesprekken. Om te kijken of het mogelijk was om te achterhalen welke gesprekskenmerken de beoordeling van de gesprekken het meest beïnvloeden is er een corpus opgesteld dat bestaat uit zes gesprekken (drie 'goed beoordeelde' en drie 'minder goed beoordeelde' gesprekken) welke zijn getranscribeerd. Om antwoord te krijgen op de vraag welke interactionele aspecten ervoor zorgen dat arts/patiënt gesprekken goed of minder goed worden beoordeeld is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode waarbij de transcripten herhaaldelijk zijn bestudeerd.

Uit de analyse blijkt dat de beoordelingen van de gesprekken vaak in verband zijn te brengen met het faseverloop binnen deze gesprekken. De 'goed beoordeelde' gesprekken volgen vaak de traditionele structuur van het arts/patiënt gesprek maar binnen de 'minder goed beoordeelde' gesprekken komen de fases op verschillende momenten terug en worden de fases daarnaast niet alleen door de arts geïnitieerd maar ook door de patiënt. In deze 'minder goed beoordeelde' gesprekken komt de patiënt met een helder doel naar het consult (bijvoorbeeld een vraag over een eerder gestelde diagnose of een vraag over het behandelplan). Dit duidelijke doel van de patiënt is vaak niet in overeenstemming te brengen met de vaste

structuur van het arts/patiënt gesprek waardoor er binnen deze gesprekken op twee manieren 'topic competitie' ontstaat. 'Topic competitie' tussen én binnen de fases. Door meer oog te hebben voor patiënten die met een duidelijk doel naar het consult komen en daar de interactie op aan te passen (door bijvoorbeeld de relevantie van de faseringen uit te leggen of door de eigen agenda even aan de kant te schuiven) kan de arts ervoor zorgen dat de tevredenheid van beide partijen niet in het geding komt.

1 INLEIDING

Uit cijfers van het CBS blijkt dat ongeveer 73% van de Nederlandse bevolking (78% van de vrouwen en 68% van de mannen) jaarlijks minimaal één keer een bezoek brengt aan de huisarts of aan een medisch specialist. Deze arts/patiënt gesprekken verschillen van alledaagse gesprekken (door o.a. het institutionele karakter) en zijn daardoor voor onderzoekers interessant voor onderzoek. Ook vanuit de medische wereld bestaat er een behoefte aan meer inzicht in deze gesprekken. Wat we al weten uit eerdere onderzoeken en uit de literatuur is dat patiënten meer geneigd zijn om zich aan de voorgeschreven behandeling te houden wanneer zij betrokken zijn in de beslissing over deze behandeling en wanneer zij deze voorgestelde behandeling begrijpen en ondersteunen (Drew, et. Al. 2000). Voor ziekenhuizen is de patiënttevredenheid van groot belang omdat een verhoogde patiënttevredenheid er naast deze betrokkenheid in beslissingen ook voor zorgt dat patiënten zich beter houden aan de voorgeschreven behandelingen van de arts. Patiënttevredenheid heeft daarnaast een positief effect op het medicijngebruik en een verhoogde patiënttevredenheid zorgt er ook voor dat patiënten nadien eerder geneigd zijn om terug te keren naar een arts op het moment dat zij weer klachten ondervinden. Er is echter nog niet duidelijk welke interactionele aspecten in arts/patiënt gesprekken de tevredenheid van patiënten en artsen beïnvloeden en wat er voor zorgt dat het ene gesprek als een 'goed gesprek' wordt beoordeeld en een ander vergelijkbaar gesprek als een 'minder goed' gesprek. De vraag die hieruit voortvloeit is: wat maakt een arts/patiënt gesprek tot een goed gesprek? De uitkomsten van onderzoek naar het verband tussen taalgedrag van arts en patiënt en de tevredenheid over deze gesprekken kan artsen helpen de gesprekken beter te laten verlopen om zo de patiënttevredenheid te vergroten.

Vanuit de afdeling orthopedie van het UMCG rees de vraag wat de tevredenheid van de arts en de patiënt over het gevoerde gesprek beïnvloedt gedurende het gesprek. Wat zorgt ervoor dat artsen en

patiënten het ene arts/patiënt gesprek als positief ervaren en een vergelijkbaar ander arts/patiënt gesprek niet en welke aspecten gedurende het arts/patiënt gesprek beïnvloeden deze tevredenheid? In dit onderzoek zullen observaties worden gedaan betreffende het taalgedrag van de arts en de patiënt binnen deze vorm van institutionele gesprekken en er wordt getracht een verband te vinden tussen deze gedragingen en het oordeel van de arts en de patiënt over het gevoerde gesprek.

Doormiddel van onderzoek zijn verschillende onderzoekers er al in geslaagd om een inzicht te kunnen geven in arts/patiënt gesprekken. Arts/patiënt gesprekken vinden plaats in een andere context dan alledaagse gesprekken en zijn een vorm van institutionele interactie. Hierdoor is er sprake van een aantal vaststaande patronen waar beide gespreksdeelnemers zich bewust van zijn. Zo is er in een arts/patiënt gesprek sprake van twee experts binnen de conversatie (waarin de patiënt een expert is op het gebied van zijn eigen lichaam en de arts een expert is op het gebied van medische kennis) en verschillen arts/patiënt gesprekken van alledaagse gesprekken doordat arts/patiënt gesprekken een vaststaande structuur kennen (opening, klachtbespreking, onderzoeksfase, diagnose, behandeling, afsluiting). Door deze vaste structurering van het arts/patiënt gesprek is van tevoren bepaald wat er, op welk moment, in het gesprek aan bod zal komen. Dit schept voor beide gesprekspartners een verwachting. Wat daarnaast vaststaat door deze vaste structuur is wie er wanneer aan het woord is en van wie er initiatief verwacht wordt. Onderzoek heeft aangetoond dat dit een nadelig effect kan hebben op de participatie van de patiënt, want van hem/haar wordt alleen in de eerste fase (klachtbespreking fase) initiatief verwacht en de andere fases worden door de arts geïnitieerd en geleid. De sturende rol van artsen komt ook goed naar voren als we kijken naar de taalhandelingen waar arts/patiënt gesprekken voornamelijk uit zijn opgebouwd: vragen en antwoorden. Van alle vragen die gedurende het gesprek worden gesteld is maar liefst 90% afkomstig van de arts. Uit bovenstaande blijkt dus dat de vaststaande structuur en de vragen die worden gesteld in

het arts/patiënt gesprek de participatie van de patiënt beïnvloeden en beperken.

Uit eerder onderzoek hebben we dus al een beeld hoe arts/patiënt gesprekken zijn opgebouwd en wat de rollen van de deelnemers binnen deze gesprekken zijn maar weinig weten we nog over wat een arts/patiënt gesprek tot een 'goed' gesprek maakt en of dit voor de arts en de patiënt hetzelfde is. Vanuit deze vraag is dit onderzoek ontstaan. In dit conversatieanalytisch onderzoek wordt een onderzoek gedaan naar hoe de gesprekken op de polikliniek van de afdeling orthopedie van het UMCG worden beoordeeld door de arts en de patiënt. Er is nog geen eerder onderzoek gedaan naar deze gesprekken en er is dus ook nog geen inzicht in hoe deze gesprekken verlopen en worden beoordeeld door de artsen en de patiënten. Aan de hand van dit onderzoek zal er worden bekeken welke kenmerken de verschillende gesprekken hebben en wat de relatie tussen de beoordeling van de gesprekken en de kenmerken van deze gesprekken is. Op deze manier kan er een antwoord worden gegeven op de 'hoofdvraag' van dit onderzoek naar wat er voor zorgt dat het ene arts/patiënt gesprek wel als een 'goed gesprek' wordt beoordeeld door de arts en de patiënt terwijl een ander vergelijkbaar gesprek als 'minder goed' wordt beoordeeld. Een verschil met eerdere onderzoeken is dus dat er in dit onderzoek een vergelijking gemaakt wordt tussen gesprekken die als 'goede gesprekken' en gesprekken die als 'minder goede gesprekken' worden ervaren door de arts en de patiënt.

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek zal er allereerst in hoofdstuk twee een theoretisch kader worden geschetst waarin de relevante literatuur voor dit onderzoek wordt besproken. In het derde hoofdstuk worden de methode en data van het onderzoek weergegeven. Hierna volgen de analyse en de conclusies/aanbevelingen voor verder onderzoek. Uiteindelijk zal er op basis van de uitkomsten van dit onderzoek een advies voor de afdeling orthopedie van UMCG worden geschreven.

2 THEORETISCH KADER

In deze paragraaf zal de literatuur worden besproken die relevant is voor dit onderzoek. Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag in dit onderzoek is het allereerst van belang om in te gaan op wat er al bekend is over patiënttevredenheid. Er zal een uiteenzetting worden gegeven over de consequenties van patiënttevredenheid en een weergave van de tot nu toe, uit wetenschappelijk onderzoek, gevonden aspecten in arts/patiënt gesprekken die van invloed blijken te zijn op de patiënttevredenheid. Arts/patiënt gesprekken vinden plaats in een andere context dan alledaagse gesprekken en in de derde paragraaf zal verder worden ingegaan op de verschillende vormen van contextvorming. Het arts/patiënt gesprek is een voorbeeld van een conversatie in institutionele setting en dit zal in de vierde paragraaf verder worden uitgelicht. De verschillen tussen een alledaags gesprek en een arts/patiënt gesprek zullen worden besproken. Zo is er sprake van een zekere voorstructurering, een gezamenlijk doel, machtsverschil en een duidelijke rolverdeling tussen de participanten. Aangezien dit onderzoek zich richt op de interactionele fenomenen die ervoor zorgen dat artsen en patiënten dan wel tevreden dan wel minder tevreden zijn over de gevoerde gesprekken zal er in de laatste paragrafen dieper ingegaan worden op de verschillende fases waaruit een arts/patiënt gesprek bestaat en wat er interactioneel gezien gebeurt binnen deze fases (hoe worden deze fases ingevuld door beide partijen, wat komt er aan bod, welke vragen worden er door wie gesteld, etc.).

2.1 VAN ARTS-GEORIËNTEERD NAAR PATIËNT-GEORIËNTEERD

In 1972 deden Korsch en Negrete hun eerste onderzoek naar de medische interactie tussen arts en patiënt. In 1972 observeerden zij 800 gesprekken tussen artsen/patiënten en ouders. Uit deze studie bleek dat ongeveer 1/5 van de ouders het ziekenhuis verliet zonder duidelijkheid over de ziekte van hun kind en dat bijna de helft het ziekenhuis verliet zonder te weten wat de ziekte van hun kind had

veroorzaakt. Bij meer dan de helft van de ouders waarbij de arts niet had voldaan aan hun verwachtingen bleek dat deze ouders zich niet hielden aan het medisch advies. Deze ouders gaven aan dat zij hun zorgen niet hadden geuit en dat ze de vragen waarmee ze zaten niet hadden gesteld omdat daar de mogelijkheid niet toe was (Heritage & Maynard, 2006). Byrne en Long voeren hierna in 1976 de tweede studie uit waarin zij vonden dat huisartsen een routine hadden ontwikkeld die ze tijdens de gesprekken met patiënten aanhielden en dat ze hier met moeite van afweken. Deze manieren van consult voeren uit de bovenstaande onderzoeken wordt ook wel een 'arts-georiënteerde' manier van arts/patiënt gesprekken genoemd (Byrne & Long, 1976).

In de afgelopen decennia heeft de arts/patiënt relatie een verschuiving ondergaan van 'arts-georiënteerd' naar 'patiënt-georiënteerd' (Heritage & Maynard, 2006). De essentie van de patiënt-georiënteerde zorg is dat de arts probeert de ziekte te zien door de ogen van de patiënt om daardoor de wereld van de patiënt beter te kunnen betreden en er is in de patiënt-georiënteerde aanpak meer aandacht voor de persoonlijke en sociale eigenschappen van de patiënt (Engel, 1977). Artsen maken zich deze patiënt-georiënteerde vorm van zorg sinds 1991 eigen d.m.v. het 3-functies model van Engel (Williams et al. 2000). De drie functies van een arts/patiënt gesprek worden omschreven als:

- 1 De arts moet achter de psychosociale toestand van de patiënt zien te komen
- 2 Het construeren van een therapeutische relatie wat er voor zorgt dat er een band tussen beide partijen ontstaat
- 3 De arts verzorgt de voorlichting van de patiënt (de behandeling van de aandoening en hoe de patiënt om kan gaan met de consequenties van de aandoening).

Volgens het model van Engel (1977) blijkt dat patiënten die patiënt-georiënteerde zorg krijgen meer tevreden zijn over het gevoerde gesprek dan patiënten die arts-georiënteerde zorg krijgen. Voor de medische wereld is het van groot belang dat patiënten tevreden zijn over het gevoerde gesprek. Waarom dit zo belangrijk is zal in de volgende paragraaf verder worden toegelicht.

2.2 PATIËNTTEVREDENHEID

De patiënt-georiënteerde consultvoering heeft een positief effect op de patiënttevredenheid (Williams et al. 2000). Patiënttevredenheid kan worden gedefinieerd als 'een evaluatie van de ervaring van patiënten met gezondheidszorg of aspecten van gezondheidszorg gebaseerd op hun eigen waardes/belangen, percepties en interactie met de omgeving van de gezondheidszorg' (Fung & Cohen, 1998).

De patiënttevredenheid is binnen de gezondheidszorg van groot belang. Uit de literatuur is gebleken dat het gedrag van patiënten na het bezoek aan de arts ten eerste wordt beïnvloed door de sociale, culturele, economische en persoonlijke kenmerken van de patiënt maar dat daarnaast de patiënttevredenheid een grote rol speelt in het gedrag van de patiënt na het gesprek (Korsch et al. 1968). Een verhoogde patiënttevredenheid zorgt ervoor dat patiënten zich zekerder voelen en zich beter houden aan het voorgestelde behandelplan van de arts (Korsch et al. 1968). Daarnaast is gebleken dat tevreden patiënten na deze ervaring vaker een bezoek aan de dokter brengen op het moment dat zij klachten ondervinden, minder vaak van dokter wisselen en minder snel een klacht indienen (Roter, 1977).

In de studie van Korsch et al. (1968) kwam naar voren dat de patiënttevredenheid wordt verhoogd wanneer de verwachtingen van de patiënt betreffende de informatieverstrekking van de arts en de verwachtingen over de diagnose overeenkwamen met de uitkomst. Pascoe (1983) stelt dat de tevredenheid van de patiënten wordt beïnvloed door de grote van het 'gat' dat er tussen de verwachtingen van de zorg vooraf aan het gesprek en de uiteindelijk gegeven zorg tijdens het gesprek ontstaat. De patiënttevredenheid hangt dus af van het verschil tussen wat de patiënt verwacht en wat de patiënt daadwerkelijk

waarneemt (Pascoe, 1983). Daarnaast zijn er nog een aantal belangrijke factoren welke ervoor zorgen dat de patiënt meer tevreden is over het gevoerde gesprek. Onder andere als het gaat om de bejegening. De patiënt moet de arts als vriendelijk bestempelen, de arts moet begripvol zijn, respect tonen en de arts moet beschikken over goede communicatieve vaardigheden (Roter, 1977). Ook zijn patiënten die een aandeel hebben gehad in de uiteindelijke beslissing over het behandelplan meer tevreden en is het voor de patiënttevredenheid van belang dat de arts voldoende en heldere informatie verschaft en duidelijk is in zijn/haar communicatie (Fung & Cohen, 1998).

Voor ziekenhuizen en afdelingen is het dus van groot belang om onderzoek te doen naar de patiënttevredenheid. Alleen op deze manier wordt duidelijk wat patiënten belangrijk vinden en wat volgens hen beter kan. Wanneer dat duidelijk is kunnen er aanbevelingen voor de toekomst worden gedaan en kan de zorg worden aangepast aan de wensen en behoeften van patiënten. In voorgaande studies is de patiënttevredenheid voornamelijk gemeten aan de hand van vragenlijsten die door de patiënten ingevuld werden. In deze vragenlijsten werden voornamelijk vragen gesteld betreffende de informatie waarvan de arts de patiënt voorzag en de bejegening. In dit onderzoek wordt, naast de vragenlijsten, het taalgedrag van de arts en de patiënt geobserveerd in de verschillende gesprekken. Voordat hier naar gekeken kan worden moet eerst duidelijk worden hoe arts/patiënt gesprekken verschillen van alledaagse gesprekken. Zo vinden deze gesprekken bijvoorbeeld plaats in een andere context. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

2.3 CONTEXT VAN GESPREKKEN

Institutionele gesprekken vinden plaats in een andere context dan alledaagse gesprekken. Bij het arts/patiënt gesprek komt dit o.a. doordat de arts dagelijks arts/patiënt gesprekken voert en de patiënt niet (Heritage & Clayman, 2010). Ook heeft de patiënt een drempel moeten overwinnen om langs te gaan bij de arts en vindt het gesprek plaats op een plek waar de arts zich thuis voelt en de patiënt niet (Heritage & Maynard, 2006).

Over de wijze waarop de specifieke context van arts/patiënt interactie tot stand komt wordt in de literatuur verschillend gedacht. Heritage en Clayman(2010) beschrijven twee vormen van 'contextvorming'. De eerste is de 'Bucket-theory'. Dit is de traditionele kijk op de relatie tussen interactie en de context van deze interactie. Het beeld van deze theorie is dat interactie plaatsvindt in een 'grote emmer' net zoals water in een emmer. Deze 'Bucket-theory' neemt aan dat interactie zich aanpast aan de vorm van de context net zoals water zich aan de vorm van de emmer aanpast. Als voorbeeld geven zij een collegezaal. De personen die zich in deze zaal bevinden (docenten, studenten, onderwijsassistenten) passen zich aan en gedragen zich naar de normen van een college. De onderwijszaal lijkt zich niet aan te passen aan de mensen die daarin aanwezig zijn en vormt de bucket, de context (Heritage & Clayman, 2010). Het is niet moeilijk in te denken dat lang niet bij alle gesprekken deze 'Bucket-theory' opgaat. Tegenover deze opvatting waarin de context de interactie bepaalt staat een visie die ervan uitgaat dat de handelingen van de gesprekspartners de context bepalen. In vele gesprekken vormen de gesprekspartners gezamenlijk de context door de verschillende acties die zij uitvoeren. Zij vormen door hun acties gaandeweg de context. Dit wordt ook wel de 'Yellow-brick-road' genoemd. Deze theorie neemt aan dat de sociale context nooit onafhankelijk is van de acties van de participanten. Mensen vormen zelf de context van de situatie waar zij zich op dat moment in bevinden, hoe gestructureerd deze situatie dan ook mag lijken zoals in het arts/patiënt gesprek.

In dit onderzoek gaan we ervan uit dat de contextvorming van het arts/patiënt gesprek ergens in het midden van beide theorieën ligt. De context waarin een arts/patiënt gesprek zich afspeelt wordt gedeeltelijk door de gesprekspartners gevormd maar staat ook voor een groot gedeelte al vast. Door de kennis die de arts en de patiënt hebben over het arts/patiënt gesprek wordt hun gedrag gedurende het gesprek gedeeltelijk beïnvloed. Er is als het ware een 'script' waar beide gesprekspartners zich aan houden. Door de context van arts/patiënt gesprekken (het ziekenhuis, de spreekkamer) gedragen de gesprekspartners zich in arts/patiënt gesprekken naar de toebedeelde 'rollen' van arts en patiënt. Op de vraag 'hoe gaat het?' van de arts in de opening van het gesprek voegt de patiënt zich automatisch

in de rol van de patiënt door deze vraag niet met 'goed' of 'slecht' te beantwoorden maar door de klacht te presenteren (Robinson, 2003). Daarnaast vormen de arts en de patiënt door de verschillende acties die zij uitvoeren gedurende het gesprek ook gezamenlijk de context. Zo wordt er gezamenlijk 'onderhandeld' over de lengte van de fasen, wanneer een fase wordt afgesloten en een nieuwe fase wordt begonnen en wie deze fasen begint en eindigt.

Er is in arts/patiënt gesprekken sprake van een zeker vorm van asymmetrie, maar hoe groot de verschillen tussen arts en patiënt zijn is per gesprek verschillend. Dit kan onder andere komen door de voorkennis die de arts over de patiënt heeft of de mate waarin arts en patiënt bekend zijn met elkaar. De twee theorieën over contextvorming sluiten elkaar in het arts/patiënt gesprek dus niet uit. In plaats van een categorische verdeling is er hier sprake van een continuüm tussen de twee vormen van contextvorming, waarin het arts/patiënt gesprek ergens in het midden staat.

We weten nu dat arts/patiënt gesprekken plaatsvinden in een specifieke context en dat de participanten in het gesprek zich oriënteren op deze specifieke context maar waarin verschillen deze gesprekken nog meer van alledaagse gesprekken en wat in deze gesprekken zou de patiënttevredenheid kunnen beïnvloeden? Arts/patiënt gesprekken zijn een voorbeeld van institutionele gesprekken. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de specifieke kenmerken van arts/patiënt gesprekken vergeleken met alledaagse gesprekken.

2.4 VERSCHILLEN TUSSEN ARTS/PATIËNT GESPREKKEN EN ALLEDAAGSE GESPREKKEN

Conversatieanalyse wordt in twee soorten onderscheiden: Basic CA en Institutional CA (Heritage & Maynard, 2006). In Basic CA wordt bestudeerd hoe deelnemers in gesprekken beurtwisselingen, herstelwerk en topic-organisatie organiseren. De Institutional CA bestudeert hoe dit in institutionele setting in zijn werk gaat (bijvoorbeeld: bij de politie, in de rechtbank en in de gezondheidszorg) (Heritage, 2005). Arts/patiënt gesprekken vallen onder deze laatste categorie en kunnen worden opgedeeld in een paar 'hoofdcategorieën' (Heritage & May-

nard, 2006). Heritage & Maynard (2006) delen arts/patiënt gesprekken op in drie verschillende categorieën. Volgens hen zijn er drie verschillende redenen voor patiënten om naar de dokter te gaan:

- 1 Relatief nieuwe klachten, acute klachten (klachten die zich voor het eerst openbaren, die voor het eerst aan de betreffende arts worden voorgelegd of die na “genezing” weer zijn opgekomen).
- 2 Vervolgklachten (deze klachten zijn al behandeld in vorige gesprekken en de patiënt komt terug voor een vervolgspraak).
- 3 Chronische klachten (aandoeningen die niet overgaan maar onder controle worden gehouden zoals astma, hoge bloeddruk, diabetes etc.)

Door de medische klachten die de patiënt ervaart raadpleegt hij een arts die als medisch expert wordt gezien. Het verschil in expertise tussen de deelnemers in het arts/patiënt gesprek is ook een voorbeeld van een verschil tussen alledaagse gesprekken en arts/patiënt gesprekken. Arts/patiënt gesprekken vinden plaats tussen een medisch professional (de arts) en een leek (de patiënt) (Jones, 2001). Beide gespreksdeelnemers brengen hun eigen kennis mee in het gesprek. Zo heeft de arts de meeste medische kennis van de twee (door studie en ervaringen) en kent de patiënt zijn/haar lichaam het beste op het gebied van klachten, pijn etc. (Roter & Hall, 2006).

Naast de twee experts waar we in het arts/patiënt gesprek mee te maken hebben is er bij een arts/patiënt gesprek sprake van een duidelijke rolverdeling. Zo is het bijvoorbeeld de arts die het gesprek leidt. De arts bepaalt wanneer er wat besproken wordt en het is zeldzaam dat de patiënt initiatief toont (Byrne & Long, 1976). Deze ‘verdeling’ staat vast op het moment dat de arts en de patiënt het gesprek aangaan door de context waarin het gesprek plaatsvindt en door de verschillende doelen die de fases in het gesprek hebben. De eerste fase van het gesprek heeft als doel de klacht helder te krijgen en de andere fases hebben als doel de oorzaak te vinden voor de klacht en een oplossing te vinden om de patiënt van de klacht te verlossen. In de eerste fase van het arts/patiënt gesprek (de klachtbespreking fase) neemt de patiënt meer initiatief dan in de andere drie fases (onderzoeksfase, diagnose en be-

handelfase) (Ten Have, 1991). Doordat de arts in het arts/patiënt gesprek de medisch expert is, wordt van hem verwacht dat hij ook een expert is op het gebied van het stellen van diagnoses en het voorschrijven van behandelingen. Dit doet hij aan de hand van het gedane onderzoek waarbij er eerst vragen aan de patiënt worden gesteld en daarna een lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd (Drew, 2001). Daarnaast is de patiënt zoals eerder al genoemd een expert op het gebied van de eigen ervaringen, geschiedenis en intuïtie die hij kan gebruiken bij de klachtbeschrijving en het beantwoorden van de vragen van de arts (Roter & Hall, 1992: 4).

Heritage (2005) geeft aan waardoor gesprekken in institutionele setting naast het beperkte aantal, de verschillende expertises van de gesprekspartners en de duidelijke rolverdeling nog meer verschillen van alledaagse gesprekken. Een eerste verschil is dat een gesprek in een institutionele setting altijd een helder doel heeft. Bij het arts/patiënt gesprek is dat door de verschillende fases te doorlopen tot een uiteindelijke diagnose en behandelplan te komen. Het gezamenlijke doel staat in verband met de identiteiten van de gespreksdeelnemers, in een arts/patiënt gesprek is het doel van het gesprek anders dan het doel van een gesprek tussen een rechter en een beklaagde (Heritage, 2005). Zoals eerder al is beschreven zijn er drie verschillende soorten arts/patiënt gesprekken (Heritage & Maynard, 2006). Elk van deze gesprekken heeft een eigen doel (Byrne & Long, 1976). Zo is bij een gesprek waarin sprake is van acute klachten het doel om uit te vinden wat de patiënt mankeert, bij controle gesprekken is het doel eerder het kijken naar de werking van de medicijnen en of de klachten bijvoorbeeld al zijn verdwenen/verminderd etc. en bij chronische klachten wordt bekeken of de gezondheidstoestand van de patiënt stabiel is gebleven (Byrne & Long, 1976). Om deze doelen te bereiken voert de arts verschillende handelingen uit. Zo zal de arts de patiënt verschillende vragen stellen over de klachten, de pijn, de aanleiding etc. en zal er ook een lichamelijk onderzoek worden uitgevoerd om te kijken naar de conditie van de patiënt, welke bewegingen doen pijn, etc. De verschillende fases in het arts/patiënt hebben daarnaast hun eigen subdoelen. Hierdoor staat vast wat er per fase wordt behandeld en wat een toegestane bijdrage is voor de deelnemers aan datgene waarover op een bepaald moment gepraat wordt. (Heritage, 2005). De-

ze vaststaande structuur van arts/patiënt gesprekken wordt ook wel pre-allocatie genoemd. Vanwege deze zekere voorstructurering zijn arts/patiënt gesprekken meer voorspelbaar dan privé gesprekken. (Mazeland 2003: 19).).

Gill en Maynard (2005) stellen echter dat het vaak voorkomt dat artsen en patiënten ondanks deze vaststaande structuur toch vaak in een conflict raken als het gaat om het vasthouden aan de agenda van het arts/patiënt gesprek en de lokale, sequentiële organisatie van communicatie. Vaak geven patiënten in de klachtbespreking fase al een eigen 'volkse' verklaring voor de klachten die zij ondervinden. Dit wordt ook wel een leek diagnose genoemd (Gill & Maynard, 2005). Een leek-diagnose houdt in dat een leek die niet getraind is om medische diagnoses en behandelingen te geven een eigen diagnose uit naar bijvoorbeeld een arts of familieleden op basis van klachten en eigen observaties (Beach, 2001). Deze leek-diagnose wordt volgens vele onderzoekers vaak genegeerd door de arts omdat de arts zich op het moment dat de leek-diagnose wordt gegeven (in de klachtbespreking fase) eerst nog wil focussen op de eigen agenda. Dat betekent dat er voordat de diagnose fase aan bod komt eerst nog de onderzoeksfase plaats moet vinden waarin de patiënt verschillende vragen moet beantwoorden die gevolgd worden door een lichamelijk onderzoek (Gill & Maynard, 2005). Een reden hiervoor zou volgens Beach (2001) het autoriteitsverschil kunnen zijn doordat er in een arts/patiënt gesprek sprake is van een gesprek in een institutionele setting waarin sprake is van bijvoorbeeld machtsverschillen, status verschillen en kennisverschillen tussen de participanten. Patiënten geven soms een leek-diagnose omdat ze bijvoorbeeld verder onderzoek willen of een andere behandeling dan de behandeling die de arts voorlegt (Drew, 2001) of omdat ze aan de arts kwijt willen wat hen op het hart ligt (Stivers & Heritage, 2001). Naast dat de arts zich aan een agenda vasthoudt wil de patiënt ook zijn eigen agenda doorvoeren (Drew, 2001) en hierbij houdt hij geen rekening met de agenda van de arts. Het is van groot belang dat de arts, op het moment dat zich een situatie voordoet waarin de patiënt een leek-diagnose geeft, deze niet negeert (Drew, 2001). Wanneer de arts de leek-diagnoses niet in overweging neemt en de patiënt er niet van overtuigt hem/haar serieus te nemen komt het consult en daarmee de effectiviteit ervan (de uiteindelijke behandeling) in gevaar (Drew, 2001).

We weten nu dus dat arts/patiënt gesprekken op meerdere manieren verschillen van alledaagse gesprekken. Gebleken is dat de participatie van patiënten in het arts/patiënt gesprek wordt beperkt en dat er van de patiënt alleen in de eerste fase initiatief wordt verwacht. Te verwachten valt dat de patiënttevredenheid samenhangt met deze participatie. Eerder is al beschreven dat uit de theorie blijkt dat de tevredenheid van de patiënt wordt beïnvloed door het gevoel serieus genomen te worden en dat serieus genomen worden weer wordt beïnvloed door de participatie. In dit corpus verwacht ik dat er twee facetten samenhangen met de participatie van de patiënten en dat deze participatie in verband staat met de patiënttevredenheid: de vaststaande structuur van arts/patiënt gesprekken en de vragen die worden gesteld gedurende het gesprek. In de volgende twee paragrafen zal ik deze twee onderwerpen verder uitwerken.

2.4.1 FASERINGEN

Er zijn verschillende soorten arts/patiënt gesprekken en elk gesprek is in principe uniek. Toch zijn arts/patiënt gesprekken over het algemeen opgebouwd uit een aantal vaste fasen (Byrne & Long, 1976). Byrne en Long (1976) delen arts/patiënt gesprekken op in vier fasen. Deze vaste structuur komt echter alleen voor wanneer er sprake is van een klacht en niet wanneer het gaat om een controleafspraak. De faseverdeling ziet er als volgt uit:

Fase 1: Klachtbespreking fase. De patiënt vertelt waar hij voor komt/wat de klachten zijn.

Fase 2: Onderzoeksfase. De arts verzamelt de nodige informatie (eerst door vragen te stellen aan de patiënt in de history-taking fase, en daarna door lichamelijk onderzoek).

Fase 3: Diagnosefase. De arts stelt de diagnose.

Fase 4: Behandelfase. De arts stelt een behandelplan op.

Voorafgaand aan fase 1 vindt de opening van het gesprek plaats en na de vierde fase wordt het gesprek afgesloten. Een arts/patiënt gesprek wordt door de arts geleid. De arts

bepaalt wanneer er wordt begonnen aan een nieuwe fase en wanneer een fase wordt afgesloten. (Byrne en Long, 1976). In arts/patiënt gesprekken is er sprake van een asymmetrische relatie wat zich o.a. uit in de manier van initiatief nemen. De arts neemt in deze gesprekken vaak het initiatief en de patiënten reageren op deze initiatieven (Robinson, 2001). De patiënt vraagt zelden zelf om informatie of uitleg van de informatie die de arts verstrekt en geeft zelf bijna nooit een mening of voorkeur voor behandeling. Ook uit de patiënt zelden zijn/haar zorgen (Robinson, 2003). Een reden hiervoor is dat beide gesprekspartners kennis hebben over arts/patiënt gesprekken en zich houden aan het 'script' dat hierbij past. De patiënt gedraagt zich als een patiënt en de arts neemt de rol van medisch expert aan. De kennis over arts/patiënt gesprekken leidt dus tot dit gedrag.

Om uiteindelijk tot een behandelplan te komen moeten de verschillende fases eerst doorlopen worden. Zonder een diagnose kan er geen behandeling worden opgesteld en de diagnose wordt door de arts gesteld aan de hand van de onderzoeksfase waarin de arts de history-taking fase en het lichamelijk onderzoek uitvoert (Robinson, 2003). Binnen de fases wisselt het wie van de gespreksdeelnemers het initiatief neemt of wie er conversationeel gezien de fase 'leidt'. Alleen in de klachtpresentatiefase wordt er van de patiënt initiatief verwacht. De andere drie fases (onderzoek, diagnose, behandeling) worden door de arts geleid (Berents, 1986). De arts is immers de professional in dit gesprek en is getraind in het doen van onderzoek, getraind om op basis van dit onderzoek een diagnose te stellen en aan de hand van die diagnose een uiteindelijke behandeling voor te schrijven (Drew, 2001). Het moment dat er wordt overgegaan naar een nieuwe fase (wanneer de lopende fase dus wordt beëindigd) wordt normaal gesproken door de arts bepaald.

Parsons (1951) was de eerste die schreef over de relatie tussen arts en patiënt. Een quote uit *The Social System* van Parson is:

'The patient has a need for technical services because he doesn't, nor do his lay associates 'know' what the matter is or what to do about it... The physician is the technical expert who by special training and experience and by an institutionally validated status is qualified to help the patient.'

Szasz & Hollander (1956) hadden kritiek op deze theorie van Parson omdat hierdoor leek dat de patiënt een passieve, afhankelijke rol t.o.v. de arts in zou nemen en volledig onder controle van deze expert zou zijn maar een patiënt komt logischerwijs binnen met ook eigen ideeën, ervaringen en gevoelens (Frankel, 2001). In de eerste fase, de klachtbesprekingsfase, staat vast dat de patiënt voornamelijk aan het woord is maar deze fase wordt geopend door de arts (Robinson, 1998). Het arts/patiënt gesprek wordt geopend door de arts met een vraag als: Waarmee kan ik u helpen? Wat kan ik voor u doen? Door deze vraag worden een aantal dingen duidelijk. De rollen tussen arts en patiënt worden verdeeld, de arts stelt zich beschikbaar en geeft aan de patiënt te willen helpen. De arts wordt in deze de 'service-supplier' en de patiënt de 'service-seeker' en er wordt duidelijk dat het in dit gesprek gaat om het oplossen van een probleem (in dit geval de klacht van de patiënt) deze openingen van gesprekken worden door Robinson ook wel 'offers to serve' genoemd (Robinson, 2001). Als antwoord op deze vraag van de arts begint de patiënt aan de eerste fase van het arts/patiënt gesprek: de klachtpresentatiefase. In deze fase heeft de patiënt het initiatief, wat logisch lijkt aangezien de patiënt gezien kan worden als de expert van zijn/haar eigen lichaam (Drew, 2001). In deze fase geeft de patiënt de reden voor komst. Idealiter heeft deze fase de vorm van een discourse unit van de patiënt waarbij hij veelal aan het woord is en de arts met minimale reponses reageert (Ma-zeland, 2008). Uit onderzoek blijkt echter dat artsen deze fase vaak snel afsluiten. Dit doen zij d.m.v. het stellen van een reeks gerichte vragen wat ook wel chaining wordt genoemd (Berenst, 1994).

Om het initiatief weer terug te winnen en over te gaan naar de volgende fase stelt de arts aan de hand van het verhaal van de patiënt vragen (Heritage en Robinson, 2006) waardoor de history-taking fase wordt begonnen. Soms onderbreken artsen de patiënten tijdens de klachtbesprekingsfase zelfs met hele reeksen tussenvragen om zo het initiatief weer terug te winnen (Berenst, 1994). Artsen worden erop getraind om informatie van de patiënt te krijgen door eerst het stellen van vragen (history-taking) en daarna een lichamelijk onderzoek af te nemen (Robinson, 2003). In de history-taking fase stelt de arts voornamelijk vragen om achter de gezondheidssituatie van de patiënt te

komen. De arts heeft het initiatief in deze fase en de patiënt geeft slechts antwoord op de vragen van de arts (Stivers, Heritage, 2001). De history-taking fase loopt door in het lichamenlijk onderzoek welke ook door de arts geïnitieerd wordt. Tijdens het lichamenlijk onderzoek kan de arts ondersteunend commentaar geven waardoor duidelijk wordt waarom sommige lichamenlijke tekens relevant zijn voor de te stellen diagnose (Heritage & Stivers, 1999). Aan de hand van de onderzoeksfase kan de arts nu een diagnose stellen (Robinson, 2003). Volgens Byrne en Long (1976) is de diagnose fase bedoeld om de uiteindelijke behandelmethodete kunnen onderbouwen. Ook in de diagnosefase toont de patiënt weinig initiatief (Perakyla, 1998). Nu de eerste drie fases zijn doorlopen kan de arts beginnen aan de behandel-fase. Volgens Meeuwesen et al. (2007) sturen artsen de communicatie in de eerste drie fases van een arts/patiënt gesprek richting deze laatste fase. De diagnose die door de arts wordt gesteld blijkt door de patiënt geaccepteerd te worden op basis van autoriteit zonder uitgesproken acceptatie, echter op het behandelvoorstel van de arts wordt door de patiënt vaak wel gereageerd (Stivers, 2005).

Byrne en Long (1976) zeggen dat er door de verschillende redenen voor het ontstaan van een arts/patiënt gesprek, verschillende interactionele trajecten doorlopen worden binnen deze gesprekken. Zo worden er bijvoorbeeld andere vragen gesteld bij een bezoek met acute klachten dan bij een controle gesprek. Dit komt doordat de arts al bekend is met de gezondheidssituatie van de patiënt. Zo wordt er in een controle gesprek vaak de vraag 'Hoe voelt u zich/ Hoe is het' gebruikt, in gesprekken waarin sprake is van nieuwe/acute klachten eerder 'Wat kan ik voor u doen/ Zegt u het eens' en in gesprekken waarin sprake is van chronische aandoeningen stelt de arts vaak de vraag 'Nog iets nieuws/Wilt u verder nog iets kwijt?' (Heritage & Maynard, 2006). Bovenstaande vragen worden gesteld in de klachtbesprekingfase waar de patiënt daarna de gelegenheid krijgt om te vertellen waarvoor hij/zij gekomen is. In de historytaking fase is het initiatief daarna weer aan de arts om d.m.v het stellen van vragen achter de gezondheidssituatie van de patiënt te komen. Deze fase kan daarom ook wel de 'vragenfase' worden genoemd. Deze fase wordt voorafgegaan door de klachtbespreking fase en eindigt wanneer het lichamenlijk onderzoek begint, welke vaak wordt aangekondigd met een uiting als: "Dan zou ik graag

nog eens naar uw longen willen luisteren/naar uw knie willen kijken/uw ogen kijken" etc. In welke categorieën de verschillende vragen kunnen worden opgedeeld en wat het doel van deze verschillende vraagsoorten is wordt in de volgende paragraaf besproken.

2.4.2 VRAGEN IN HET ARTS/PATIËNT GESPREK

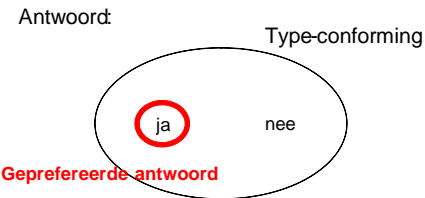
Uit onderzoek is gebleken dat artsen voornamelijk de eerste paardelen initiëren in arts/patiënt gesprekken (vragen) en patiënten de tweede paardelen (antwoorden) (Robinson, 2001). Van alle vragen die in een arts/patiënt gesprek worden gesteld is maar liefst 90% afkomstig van de arts (Ten Have, 1991). Bij arts/patiënt gesprekken is hierdoor op twee manieren sprake van een asymmetrische relatie. Ten eerste stelt de arts in deze gesprekken bijna alle vragen en ten tweede reserveert de vorm van de vragen voor de patiënten slechts een beperkte interactionele ruimte (type-conforming antwoorden). Robinson (2003) geeft een aantal redenen voor de lage participatie van patiënten als het gaat om het stellen van vragen. Zo kunnen patiënten er bewust voor kiezen om bijvoorbeeld weinig vragen te stellen omdat ze anders het gevoel hebben de status van de arts te ondermijnen, stellen hoger opgeleide patiënten meer vragen en ligt het eraan in welke fase van het arts/patiënt gesprek ze zijn (Robinson, 2003).

Vragen kunnen worden opgedeeld in sequenties. Sequenties worden beschreven als 'handelingsmatig samenhangende reeksen van beurten waarin gespreksdeelnemers gecoördineerd een interactionele activiteit realiseren' (Mazeland, 2003, p. 73). Het belangrijkste 'structureringsprincipe' waar sequentieorganisatie op is gebaseerd, is het 'aangrenzende paar' (Mazeland, 2003, p. 73). Het eerste deel van een aangrenzend paar lanceert de sequentie, en het tweede deel maakt het handelingsproject dat het eerste deel begint, compleet. (Mazeland, 2003, p. 75). Bijvoorbeeld bij een vraag en een antwoord. De spreker stelt een vraag, het geven van een antwoord is hier een logisch vervolg op. De vraag die de spreker stelt in het eerste paardeel start de interactionele activiteit, het antwoord dat volgt in het tweede paardeel rond deze activiteit af (Mazeland, 2003). Op het eerste paardeel wordt een uiting verwacht die zich op een of andere manier verhoudt tot dat eerste paardeel, dit wordt ook wel conditionele relevantie

genoemd (Mazeland, 2008). Doordat de eerste spreker een vraag stelt wordt de tweede spreker automatisch een antwoorder, er wordt een antwoord op de gestelde vraag verwacht. Elke gespreksdeelnemer formuleert zijn beurt uit tenminste één beurt-opbouw-eenheid. Deze kan bestaan uit een één-woorduiting, een enkelvoudige hoofdzin, of een samengestelde zin (Maze-land, 2003: 28). Vanaf de start van een beurt, schatten de overige gespreksdeelnemers in wanneer de beurt ten einde is en iemand anders deze kan overnemen (Mazeland, 2003: 74).

Stivers en Enfield (2010) beschrijven vragen als formeel of functioneel. Formele vragen zijn vragen waarbij sprake is van een zichtbare vraagmarkering en functionele vragen zijn vragen waarbij deze vraagmarkering ontbreekt maar waarmee de spreker zoekt naar informatie, bevestiging of overeenstemming. Zoals eerder al genoemd wordt er na het eerste paardeel (de vraag) een antwoord verwacht. De projectie van het tweede deel is echter nog sterker bepaald want er wordt niet alleen een antwoord verwacht maar ook een specifiek soort antwoord. Zo wordt op een ja/nee vraag een ja/nee antwoord verwacht en op een open vraag een uitgebreider antwoord. Dit antwoord kan dus allereerst type-conforming of nonconforming zijn (Raymond, 2003). Op een polaire vraag (een ja/nee vraag) is het type-conforming antwoord ja of nee. Een nonconforming antwoord op een polaire vraag is dus een antwoord dat geen ja en geen nee is. Met een ja/nee-vraag reduceert de vragensteller het antwoordbereik dus tot een bepaalde waarde (bijvoorbeeld: ja of nee) maar in dat bereik wordt lang niet altijd antwoord gegeven. Naast type-conforming en non-conforming antwoorden is er bij vragen ook nog een geprefereerd antwoord. Een voorbeeld hiervan is: wanneer de vraagsteller een voorstel doet, is instemming met dit voorstel door de antwoorder het geprefereerde antwoord. Een afwijzing is in dit geval een niet-geprefereerd tweede paardeel (Houtkoop & Koole, 2008). In afbeelding 1 wordt dit schematisch weergegeven:

Vraag: *Mag ik de voet even bekijken?*



Non-conforming: antwoorden die geen ja en nee zijn.

Afbeelding 1: Antwoorden op vragen.

In bovenstaand voorbeeld is 'ja' het geprefereerde antwoord op de vraag van de arts 'Mag ik de voet even bekijken' en 'nee' het gedisprefereerde antwoord. De antwoorden 'ja' en 'nee' zijn echter beide type-conforming omdat het hier om een ja/nee vraag gaat.

Vragen die worden gebruikt in interactie zijn volgens Englert (2010) te onderscheiden in drie categorieën: polaire vragen, vraagwoordvragen en alternatieve vragen. Deze categorieën zijn gebaseerd op het antwoord dat er op de gestelde vraag wordt verlangd. Zo kan er op een vraag een ja/nee antwoord worden verlangd. Er is hier dan sprake van een polaire vraag. Polaire vragen kunnen op hun beurt weer worden onderverdeeld in drie nieuwe categorieën:

Interrogatieven (hier is sprake van inversie, waarbij het onderwerp en de persoonsvorm worden omgedraaid).

Voorbeeld 1

A: nee? °°oke □hhh °°oke. en
ga je je verjaardag ook vieren.
K: ja

Tag vragen (waarbij aan het einde van een zin een 'tag' wordt gebruikt die een ja/nee antwoord uitlokt. Zoals: hé? Toch? Niet? Wel?)

Voorbeeld 2

A: klinkt nogal heftig héé
(2,0) of niet? =
K: =°ja

Declaratieven (zien eruit als een bewering/statement: hier is geen sprake van inversie (omkering van onderwerp en persoonsvorm) maar er wordt wel een antwoord verwacht)

Voorbeeld 3

A: o:oke. je hebt aan het onderzoek mee gedaan dat je dat je watjes moet kauwen.=
K: =ja

Andere vragen verwachten een uitgebreider antwoord. Deze vragen beginnen met een vraagwoordvraag aan het begin van de zin. W (wie, wat, waar, waarom, wanneer, etc.) of met een H (hoe, hoeveel, hoe vaak, etc.). Deze vragen worden ook wel vraagwoordvragen genoemd.

Voorbeeld 4

A: HEEL veel! >kijk aan.< en wat zou je het liefste willen hebbe.
(2,0)
K: e:::h (1,0) kanniekieze=

Weer andere vragen verwachten van de respondent dat hij/zij een keuze maakt uit twee aangeboden alternatieven en dat een van deze twee alternatieven ook in het antwoord wordt herhaald. Deze vragen worden alternatieve vragen genoemd. De vrager geeft de bevroegde twee alternatieven om uit te kiezen, welke vaak met 'of' worden verbonden.

Voorbeeld 5

A: =o:ke. >en en is dat je dat je dat niet bent< omdat je dat leuk vindt of is dat omdat je gewoon niet hard kunt rennen, (.)
K: nõa >vind ik gewoon leuk,<=

Uit bovenstaande blijkt dat elk van de drie vraagtypes zijn eigen antwoord creëert. Daarnaast zorgt de vraag die de vrager stelt voor een bepaalde ruimte die de antwoorder krijgt bij het geven van het antwoord (ja/nee antwoord, open antwoord, of een keuze uit twee alternatieven). Door de keuze voor een bepaald vraagtype is de arts dus in staat om de participatie van de patiënt te beïnvloeden en te sturen.

3 METHODE EN DATA

In dit hoofdstuk wordt allereerst de onderzoeksvraag van dit onderzoek nader toegelicht waarna de onderzoeksmethode kort wordt toegelicht. Hierna zal het corpus worden besproken en zal de werkwijze voorafgaand aan de analyses worden uitgelegd. Er zal dieper worden ingegaan op het ontstaan van de vragenlijst waarna de twee vormen van analyseren zullen worden besproken. In dit onderzoek zijn een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse uitgevoerd.

3.1 ONDERZOEKSVRAAG

In eerder onderzoek is aangetoond dat het voor ziekenhuizen en afdelingen van groot belang is dat patiënten tevreden zijn over het gevoerde arts/patiënt gesprek. Een verhoogde patiënttevredenheid zorgt ervoor dat patiënten meer therapietrouw zijn, zich beter aan de medicatievoorschriften houden, eerder terug komen met klachten en minder vaak van arts/ziekenhuis wisselen. Daarnaast is bekend dat er twee aspecten zijn die bijdragen aan een verhoogde patiënttevredenheid: de informatie die de arts aan de patiënt verstrekt en de bejegening.

Vanuit de medische praktijk is gebleken dat er behoefte bestaat voor meer inzicht in wat er voor zorgt dat artsen en patiënten dan wel tevreden dan wel ontevreden zijn over vergelijkbare arts/patiënt gesprekken. Allereerst wordt er in dit onderzoek antwoord gegeven op de vragen: Hoe beoordelen artsen de gesprekken en hoe beoordelen patiënten de gesprekken? Uiteindelijk zal er d.m.v. dit conversatieanalytisch onderzoek getracht worden een antwoord te geven op de vraag: welke interactionele kenmerken van gesprekken kunnen de verschillen in oordelen misschien verklaren?

3.2 METHODE ALGEMEEN

Om tot een antwoord te komen op de hoofdvraag in dit onderzoek zijn er twee grote stappen genomen in de analyse. Er is eerst een kwantitatieve analyse

uitgevoerd om de tevredenheid van de patiënten en de artsen over de gevoerde gesprekken te meten en daarna is er een kwalitatieve analyse uitgevoerd om de structuur van de verschillende gesprekken in kaart te brengen en verbanden te kunnen leggen tussen de beoordelingen en het taalgedrag van de arts en de patiënt.

Allereerst is het oordeel van de patiënten en het oordeel van de artsen over de verschillende gesprekken gemeten in de kwantitatieve analyse. Voor de patiënten is dit gedaan aan de hand van vragenlijsten waarin open vragen, gesloten vragen en een rapportcijfer werden gevraagd. Van de arts werd enkel een rapportcijfer verwacht. Uit deze kwantitatieve analyse zijn drie 'goede' en drie 'minder goede' gesprekken geselecteerd waarop in stap twee een kwalitatieve analyse is uitgevoerd. In de kwalitatieve analyse zijn de zes geselecteerde gesprekken herhaaldelijk bestudeerd en op deze manier was het mogelijk om een patroon te ontdekken waardoor er twee gesprekken nader geanalyseerd konden worden om zo een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag in dit onderzoek: waarin verschillen de gesprekken die als 'goed' en als 'minder goed' werden beoordeeld wanneer we kijken naar de interactionele fenomenen die zich voordoen tussen de arts en de patiënt.

3.3 CORPUS

De data die gebruikt worden bij conversatieanalyse in medische interactie bestaan uit (video)-opnames van arts/patiënt gesprekken die daarna worden omgezet in transcripties. De gesprekken verlopen op deze manier zo natuurlijk mogelijk doordat er een camera in de spreekkamer staat i.p.v. een extra persoon die alles mee schrijft. Een ander voordeel is dat de transcripties en de opnames (wanneer hier toestemming voor is gegeven) altijd beschikbaar blijven waardoor de conclusies die gemaakt worden gemakkelijk gecontroleerd kunnen worden aan de hand van de data. Daarnaast is het voor de onderzoeker mogelijk om de gesprekken vaker terug te kijken (Mazeland, 2003).

Voor dit onderzoek zijn er 29 video-opnames gemaakt van arts/patiënt gesprekken op de polikliniek van de afdeling orthopedie in het UMCG. Deze gesprekken zijn bij een mannelijke en een vrouwelijke arts in opleiding opgenomen (15 om 14) in de maanden oktober en november 2012. Bij het uitvoeren van de kwantitatieve analyse werd duidelijk dat in sommige gesprekken de patiënt slecht te verstaan is waardoor transcriberen van deze gesprekken onmogelijk is. In andere gesprekken was er geen sprake van acute klachten waardoor het grootste gedeelte van het gesprek buiten beeld plaatsvond (lichamelijk onderzoek nam in deze gesprekken de meeste tijd in beslag). Ook waren er gesprekken die in verhouding veel korter duurden dan de rest en

daardoor minder interessant voor dit onderzoek waren. Deze gesprekken zijn wel meegenomen in de kwantitatieve analyse maar niet geselecteerd voor nader onderzoek in de kwalitatieve analyse. Een combinatie van de uitkomsten uit de kwantitatieve analyse heeft geleid tot de drie 'best beoordeelde' gesprekken en drie 'slechtst beoordeelde' gesprekken.

Deze zes gesprekken worden hieronder schematisch weergegeven:

	Duur	Soort gesprek	Geslacht pt.	Geslacht arts	Klacht
Gesprek 1	13.38	Acute klachten	Vrouw	Man	Slijmbeurs
Gesprek 2	10.12	Acute klachten	Vrouw	Vrouw	Bult onder voet
Gesprek 3	16.53	Acute klachten	Man	Man	Voorvoetklacht
Gesprek 4	07.10	Controle klachten	Man	Man	Prik in heup
Gesprek 5	18.06	Acute klachten	Man	Man	Slijtage schouder
Gesprek 6	25.37	Acute klachten	Vrouw	Vrouw	Last van knieën

Tabel 1 Corpus.

Van de zes geselecteerde arts/patiënt gesprekken zijn er vijf gesprekken waarin sprake is van acute klachten en één gesprek waarbij de patiënt binnenkomt voor controle maar daarna ook met een acute klacht komt. Deze gesprekken zijn wat betreft de aard van de klacht dus vergelijkbaar.

Deze zes gesprekken zijn vervolgens getranscribeerd. Voor conversatieanalytisch onderzoek is het van belang dat de verbale interactie tussen de arts en de patiënt wordt uitgeschreven. In de transcripties wordt de gesproken tekst van de arts en de patiënt uitgeschreven. Naast de tekst wordt er ook aangegeven wanneer er sprake is van beurtverlap, interrupties, vraagmarkering en bijvoorbeeld pauzes en stiltes. Alle transcripties zijn volledig geanonimiseerd wat betekent dat de namen van de patiënten en andere namen die tijdens het gesprek worden genoemd zijn veranderd. In de transcripties is een sprekersidentificatie gegeven.

De sprekers worden aangeduid als: A = arts in opleiding en P = patiënt. Daarnaast zijn alle regels genummerd en wordt er een aantal keer een tijdsindicatie gegeven waardoor de onderzoeker de transcripten en de beelden gemakkelijker naast elkaar kan leggen.

3.4 WERKWIJZE

Voordat het corpus voor dit onderzoek kon worden samengesteld moesten eerst de betreffende patiënten worden benaderd. Er is telefonisch contact geweest tussen de onderzoeker en de patiënten die mee konden doen aan het onderzoek. De opnames zijn gemaakt op zeven verschillende dagen bij de twee artsen in opleiding die hadden toegezegd mee te willen doen aan het onderzoek. De patiënten die telefonisch zijn benaderd hadden een afspraak op de polikliniek van de orthopedie bij een van deze twee artsen in opleiding. Tijdens dit telefonisch con-

tact werd er toestemming gevraagd voor de video-opnames en het invullen van de vragenlijst. Aansluitend aan het telefoongesprek werd een informed consent (bijlage 1) en een toestemmingsverklaring (bijlage 2) opgestuurd naar de patiënten die telefonisch toestemming gaven. Dit om de patiënten op deze manier de gelegenheid te geven alles nog eens rustig door te lezen. Op de dagen van de opnames meldden de patiënten, die toegezegd hadden om mee te werken aan het onderzoek, zich in de wachtkamer met een ingevulde toestemmingsverklaring. Na het gesprek met de arts, dat opgenomen werd in de spreekkamer, kwamen de patiënten terug in de wachtkamer om een vragenlijst (bijlage 3) in te vullen.

3.4.1 VRAGENLIJST

De vragenlijst is in samenwerking met de opdrachtgever voor dit onderzoek van de afdeling orthopedie van het UMCG ontwikkeld en betrof verschillende onderdelen: zeven gesloten vragen over de tevredenheid van de patiënt, twee open vragen voor positieve en negatieve ervaringen en er werd een rapportcijfer gevraagd. Deze vragen hadden allen betrekking op de patiënttevredenheid. Er is voor deze drie onderdelen gekozen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de tevredenheid en waar deze door werd beïnvloed. Het cijfer geeft een globaal zicht op de tevredenheid, de gesloten vragen gaan dieper in op de verschillende aspecten die van invloed zijn op de tevredenheid en als laatste kunnen de patiënten in de open vragen dieper ingaan op wat ze wel goed vonden en wat ze minder goed vonden aan het gesprek.

De gesloten vragen betroffen vragen over de informatie die de arts aan de patiënt heeft verstrekt en de bejegening omdat uit de literatuur gebleken is dat patiënttevredenheid door deze twee aspecten wordt beïnvloed. Hieronder worden de gesloten vragen die gesteld werden weergegeven. Vraag 1 & 2 hebben betrekking op de informatie die de arts aan de patiënt heeft verstrekt en vraag 3 t/m 7 op de bejegening.

1 Mijn arts heeft mij alle informatie gegeven die ik wilde hebben

- 2 Ik heb de informatie begrepen die ik van de arts heb gekregen
- 3 Ik ben tevreden over de deskundigheid waarmee ik door de arts werd geholpen
- 4 Ik ben tevreden over de persoonlijke aandacht van de arts voor mij
- 5 De arts nam genoeg tijd voor mij
- 6 Ik heb het gevoel dat de arts goed naar mij luisterde
- 7 Ik ben tevreden over de manier waarop de arts een gesprek met mij voerde

De patiënten konden deze vragen beantwoorden op een vijf-punt Likertschaal.

Na de zeven gesloten vragen werden er twee open vragen gesteld. Door antwoord te geven op de open vragen konden patiënten specifiek aangeven wat ze positief en negatief aan het gevoerde gesprek vonden:

- 1) Noem 3 positieve aspecten van het gesprek
- 2) Noem 3 negatieve aspecten van het gesprek

Als laatste onderdeel in de vragenlijst werd aan de patiënten gevraagd om een rapportcijfer toe te kennen aan het gevoerde gesprek. Ook werd er aan de arts gevraagd of hij/zij een rapportcijfer wilde toekennen aan de gesprekken die opgenomen werden. Wegens de korte tijd die artsen hebben om hun patiënten te spreken was er geen tijd om ook bij de artsen de vragenlijst af te nemen. Deze beslissing is in samenwerking met de betreffende artsen in opleiding genomen. Uit de resultaten op de twee open vragen bleek dat maar één van de 29 patiënten een paar negatieve aspecten van het gesprek heeft gegeven. Hierdoor zullen de antwoorden op deze vragen verder buiten beschouwing worden gelaten. Om de gesprekken in te delen naar waardering is gebruik gemaakt van een medium-split methode waarbij er enkel een onderscheid gemaakt wordt tussen 'goede' en 'minder goede' gesprekken. Uit de kwantitatieve analyse zijn er uiteindelijk drie 'goed beoordeelde' en drie 'minder goed beoordeelde' gesprekken geselecteerd waar de kwalitatieve analyse op kon worden uitgevoerd.

3.5 CONVERSATIEANALYSE

In de jaren '60 was het Harvey Sacks die samen met zijn collega's Emanuel Schegloff en Gail Jefferson conversatie analyse heeft ontwikkeld (Ten Have, 2006). In de conversatieanalyse wordt bestudeerd hoe gesprekken interactioneel en methodisch tot stand worden gebracht. Dit gebeurt op lokaal niveau (beurtwisseling, handelingssequenties, herstelwerk) en op globaal niveau (topicorganisatie, openingen en afsluitingen). Conversatieanalyse richt zich in alledaagse gesprekken voornamelijk op hoe deze gesprekken zijn georganiseerd. Hierbij wordt gekeken naar de interactie in deze gesprekken en naar welke methoden gespreksdeelnemers gebruiken tijdens het gesprek en hoe ze daarmee structuur aanbrenge(n). Er wordt dus niet gekeken naar de redenen en motieven van deze uitingen. Conversatieanalisten gaan ervan uit dat conversaties in hoge mate gestructureerd zijn en niet dat het plaatselijke gebeurtenissen zijn die zonder structuur plaatsvinden (Mazeland, 2003).

3.5.1 KWALITATIEVE ANALYSE

Volgens de theorie zijn er binnen de conversatieanalyse twee vormen van kwalitatief onderzoek te onderscheiden. Een single-case studie waarbij er onderzoek wordt gedaan aan de hand van één fragment en een collectiestudie waarbij er aan de hand van meerdere fragmenten, waarin het te onderzoeken verschijnsel voorkomt, onderzoek wordt gedaan naar de interactie tussen de gespreksdeelnemers. Aan de hand van de uitkomsten uit de kwantitatieve analyse zijn de drie 'best beoordeelde' en de drie 'slechtst beoordeelde' gesprekken geselecteerd. Deze zes gesprekken zijn vervolgens getranscribeerd. Uit de analyse bleek dat in de 'minder goed beoordeelde' gesprekken de patiënten veel meer aan het woord zijn dan in de 'goed beoordeelde' gesprekken en dat de patiënten als het ware veel meer initiatief tonen. Daarna is bestudeerd wat de patiënt precies initieert in de 'minder goed beoordeelde' gesprekken. Hieruit bleek dat hij/zij vaak al een nieuwe fase of een eerdere fase initieert terwijl dit in de 'goed beoordeelde' gesprekken niet het geval is. In de 'minder goed beoordeelde' gesprekken is sprake van een zekere 'competitie' tussen de arts en de patiënt wanneer het gaat om: in welke fase zitten we?

Van de 'goed beoordeelde' gesprekken en van de 'minder goed beoordeelde' gesprekken zijn twee gesprekken uitgekozen om nader te analyseren. De keuze voor deze gesprekken is gebaseerd op deze 'competitie' tussen de fases. Deze gesprekken kunnen worden getypeerd als 'het beste' en 'het slechtste' gesprek van het corpus. Deze twee gesprekken zijn afzonderlijk van elkaar geanalyseerd. In deze analyse worden gevonden patronen beschreven aan de hand van fragmenten uit de transcripten. Hieruit bleek dat naast de competitie tussen de fases er ook competitie tussen de arts en de patiënt plaatsvindt binnen de fases. De fases in het 'minder goed beoordeelde' gesprek duren langer dan de fases in het 'goed beoordeelde' gesprek doordat de patiënt zelf meer initiatief neemt door onder andere het stellen van vragen.

Dit onderzoek valt te karakteriseren als een combinatie tussen een collectiestudie en een single-case analyse. Er is een selectie gemaakt uit de opgenomen gesprekken waarbij er een kleine collectie is aangelegd van gesprekken die representatief zijn voor 'goed beoordeelde' en 'minder goed beoordeelde' gesprekken. Het doel van dit onderzoek is echter een eerste exploratieve beschrijving te geven van de belangrijkste interactionele kenmerken van deze 'goed beoordeelde' en 'minder goed beoordeelde' gesprekken. Hierdoor is ervoor gekozen om van de twee categorieën één gesprek uitvoerig te onderzoeken.

4 ANALYSE

Deze analyse zal bestaan uit twee delen: een kwantitatieve analyse en een kwalitatieve analyse. In de kwantitatieve analyse zal uiteen worden gezet hoe de artsen en de patiënten de verschillende gesprekken hebben beoordeeld en wat de verschillen zijn tussen de 'goed beoordeelde gesprekken' en de 'minder goed beoordeelde gesprekken'. Aan de hand van deze kwantitatieve analyse zullen de drie 'goed beoordeelde' en de drie 'minder goed beoordeelde' gesprekken worden geselecteerd voor verder onderzoek. In de kwalitatieve analyse zal een inzicht worden gegeven in het verloop van de fases in deze gesprekken. Aan de hand daarvan zullen de twee meest uiteenlopende gesprekken nog verder worden geanalyseerd. Op basis van fragmenten uit deze twee gesprekken zal eerst een inzicht worden gegeven in het 'goed beoordeelde' en daarna in het 'minder goed beoordeelde' gesprek. Op die manier zal er worden getracht een verband aan te tonen tussen de beoordelingen van de arts en de patiënt en de specifieke kenmerken van de gesprekken.

4.1 KWANTITATIEVE ANALYSE

In deze kwantitatieve analyse zullen de 29 opgenomen arts/patiënt gesprekken met elkaar worden vergeleken aan de hand van de rapportcijfers, de antwoorden op de gesloten vragen en de lengte van de gesprekken. Op deze manier zal er getracht worden de 'best' beoordeelde en de 'slechtst' beoordeelde gesprekken te selecteren. Wat voorafgaand aan deze kwantitatieve analyse duidelijk werd, is dat er geen 'slechte' gesprekken in het corpus aanwezig zijn.

De artsen en de patiënten hebben alle gesprekken met een voldoende beoordeeld. Wel kan er d.m.v. deze analyse een onderscheid gemaakt worden in 'goed beoordeelde' en 'minder goed beoordeelde' gesprekken. Aan de artsen en de patiënten is naderhand gevraagd om een rapportcijfer toe te kennen aan het gevoerde gesprek. Tabel 2 geeft een overzicht van de beoordelingen zoals die door de artsen en de patiënten zijn gegeven. Zoals al eerder gezegd hebben zowel de artsen als de patiënten alle gesprekken met een voldoende beoordeeld. Wel valt op dat de patiënten de gesprekken over het algemeen iets beter hebben beoordeeld. De artsen hebben de gesprekken beoordeeld tussen een 6.5 en een acht en de patiënten tussen een zeven en een tien. Het laagste cijfer is in dit corpus dus toegekend door een arts en het hoogste cijfer door een patiënt. In de bijlage (bijlage 4) is een overzicht te vinden waarin per gesprek wordt weergegeven wat de arts en de patiënt voor cijfer hebben toegekend. Wat uit de gemiddelde cijfers in de tabel blijkt is dat de patiënten de gesprekken hoger beoordelen dan de artsen. De modus van de cijfers is echter gelijk. 22 van de 29 gesprekken worden door de arts met een acht beoordeeld en tien van de 29 gesprekken met een acht door de patiënten. De spreiding van de cijfers is bij de patiënten groter. Zo ligt bij de artsen het cijfer in 90% van de gevallen tussen de 7.5 en de 8.0 (26 van de 29) en bij de patiënten is dit slechts 41% (12 van de 29). Hierdoor is de standaardafwijking van de cijfers van de artsen ook kleiner dan die van de patiënten maar nog steeds zijn beide standaardafwijkingen kleiner dan 1.0 wat betekent dat de cijfers allemaal dicht rond het gemiddelde cijfer liggen.

	Rapportcijfer									Sd
	6.5	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0	Gem.	
Arts	1	2	4	22	-	-	-	-	7.8	0.38
Patiënt	-	4	2	10	2	9	-	2	8.3	0.81

Tabel 2 Rapportcijfers van de arts en de patiënt.

Wat verder ook opvalt aan deze resultaten is dat er in geen een gesprek door de arts een cijfer hoger dan een 8.0 is gegeven en dat de patiënten dit in maar liefst 38% (11 van de 29) van de gevallen wel hebben gedaan. Dit is onder andere een verklaring voor het verschil in het gemiddelde cijfer, een 7.8 bij de artsen en een 8.3 bij de patiënten. Aan de hand van de gegeven rapportcijfers kan er nu een eerste indeling worden gemaakt in de 'goed beoordeelde' en de 'minder goed beoordeelde' gesprekken. In de bijlage (bijlage 5) is hiervan een tabel opgenomen.

In tabel 3 worden de antwoorden op de gesloten vragen weergegeven. In de bijlage (bijlage 6) wordt een overzicht gegeven van de resultaten op de meerkeuzevragen van alle 29 arts/patiënt gesprekken.

Aan de hand van deze tabel kan worden afgelezen dat bijna alle patiënten op alle vragen dan wel helemaal mee eens,

dan wel mee eens hebben geantwoord. Op de vraag: Ik ben tevreden over de manier waarop de arts een gesprek met mij voerde hebben twee patiënten het derde antwoord gekozen: niet mee eens, niet mee oneens. Op de eerste vraag: Mijn arts heeft mij alle informatie gegeven die ik wilde hebben heeft 1 patiënt met niet mee eens geantwoord. Op de derde vraag: Ik ben tevreden over de deskundigheid waarmee ik door de arts werd geholpen heeft ook maar 1 persoon met niet mee eens, niet mee oneens geantwoord. Uit deze tabel kan verder worden opgemaakt dat, af te lezen aan het gemiddelde op elke vraag, alle vragen gemiddeld genomen tussen antwoord optie 1 en 2 scoren. Alle vragen scoren dus gemiddeld genomen een helemaal mee eens/mee eens. Om te kijken naar de spreiding van de antwoorden is van elke vraag de standaardafwijking berekend. Uit deze antwoorden valt op te maken dat alle scores dicht bij elkaar liggen.

Vraag	Antwoord	1	2	3	4	5	Gemiddelde	Sd
1		20	8		1		1.38	0.66
2		22	7				1.24	0.42
3		19	9	1			1.38	0.55
4		21	8				1.28	0.45
5		21	8				1.28	0.45
6		21	8				1.28	0.45
7		20	7	2			1.38	0.61

Tabel 3 Antwoorden van de patiënten op de meerkeuzevragen.

Om de antwoorden op de gesloten vragen te kunnen koppelen aan de rapportcijfers is het van belang dat deze worden omgeschaald in rapportcijfers. Zo wordt antwoordmogelijkheid 1 gezien als het rapportcijfer 10, antwoordmogelijkheid 2 als het rapportcijfer 8, etc. In tabel 4 op de volgende pagina wordt dit weergegeven.

In de bijlage (bijlage 7) zijn twee tabellen opgenomen waar in per gesprek is berekend wat het gemiddelde cijfer op de gesloten vragen is en wat er per vraag voor cijfer is gegeven.

Bij het lezen van tabel 4 is te zien dat op alle meerkeuzevragen het gemiddelde cijfer hoger is dan het rapportcijfer 9 wat in overeenstemming is met de uitkomsten uit tabel 3.

Vraag	Cijfer	10	8	6	4	2	Gemiddelde	Sd
1		20	8		1		9.2	0.66
2		22	7				9.5	0.42
3		19	9	1			9.2	0.55
4		21	8				9.4	0.45
5		21	8				9.4	0.45
6		21	8				9.4	0.45
7		20	7	2			9.2	0.61

Tabel 4 Cijfers op de meerkeuzevragen.

Aan de hand van de gegevens die zijn verkregen door het vergelijken van de rapportcijfers en de antwoorden op de gesloten vragen is het nu mogelijk om het corpus samen te stellen dat bestaat uit de drie 'best beoordeelde' en de drie 'slechtst beoordeelde' gesprekken.

Omdat er in dit onderzoek geen sprake is van gesprekken die met een onvoldoende zijn beoordeeld zullen de gesprekken worden onderverdeeld in 'goed beoordeeld' en 'minder goed beoordeeld'.

	'Goed beoordeelde' gesprekken	Gemiddeld cijfer op de meerkeuzevragen	Rapportcijfer arts	Rapportcijfer patiënt
	1	10	8	8
	2	10	8	10
	3	10	8	9
	<hr/>			
	'Minder goed beoordeelde' gesprekken			
	1	8.3	7.5	7.5
	2	7.4	7.5	7
	3	7.7	6.5	7

Tabel 5 Corpus.

Nu het corpus is samengesteld kijken we naar de lengte van de gesprekken. Hierbij valt op dat de 'goed beoordeelde' gesprekken minder lang duren dan twee van de 'minder goed beoordeelde' gesprekken. In de bijlage (bijlage 8) is van alle gesprekken een tabel opgenomen met de duur van de gesprekken. De gesprekken duren gemiddeld genomen 14.35 minuten. Daarnaast valt op te maken dat van de 29 gesprekken 19 gesprekken tussen de 10 en de 20 minuten duren. De meeste gesprekken duren tussen de 10 en de 15 minuten, wat lijkt te kloppen met het gemiddelde van 14.35 minuten. De modus van de gesprekken ligt op 14 minuten (bij afronding op hele minuten). Het kortste ge-

sprek duurt 5.04 minuten en het langste gesprek 29.53 minuten. Opvallend is dat de drie 'goed beoordeelde' gesprekken minder lang duren (resp. 13.38, 10.12 en 16.53 minuten) dan de 'minder goed beoordeelde' gesprekken (resp. 07.10, 18.06 en 25.37 minuten).

Twee van de 'minder goed beoordeelde' gesprekken duren langer dan gemiddeld (18.06 minuten en 25.37 minuten) en de twee van de drie 'goed beoordeelde' gesprekken duren korter dan gemiddeld (13.38 en 10.12 minuten). In tabel 6 wordt de verdeling van de duur van de gesprekken weergegeven.

Duur gesprekken	< 10 minuten	10-15 minuten	15-20 minuten	20-25 minuten	>25 minuten
Aantal	6	13	6	1	3

Tabel 6 Duur van de gesprekken.

4.2 KWALITATIEVE ANALYSE

In het theoretisch kader is al beschreven dat uit de theorie blijkt dat tevredenheid van de patiënt wordt beïnvloed door het gevoel serieus genomen te worden en dat serieus genomen worden weer wordt beïnvloed door de participatie van de patiënt gedurende het gesprek. De participatie van patiënten gedurende het arts/patiënt gesprek wordt onder andere door twee facetten beïnvloed: de vaststaande structuur van deze gesprekken en de wijze waarop er omgegaan wordt met het stellen van vragen door de arts. In het theoretisch kader is beschreven dat er in een arts/patiënt gesprek sprake is van vier verschillende fases welke allen door de arts worden geïnitieerd en afgesloten (Byrne en Long, 1976). In slechts een van de vier fases wordt van de patiënt initiatief verwacht, namelijk in de klachtbespreking fase. Wat daarnaast uit de theorie bleek is dat van alle vragen die in het arts/patiënt gesprek gesteld worden maar liefst 90% door de arts wordt geïnitieerd. In deze kwalitatieve analyse zullen de 'goed beoordeelde' en de 'minder goed beoordeelde' gesprekken op deze twee onderdelen worden vergeleken.

4.2.1 FASE VERLOOP

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat de 'minder goed beoordeelde' gesprekken langer duren dan de 'goed beoordeelde' gesprekken. Uit een eerste analyse van de gesprekken bleek dit niet het gevolg te zijn van een langere duur van de afzonderlijke fasen. Wat wel opviel is dat de afzonderlijke fasen in de 'minder goed beoordeelde' gesprekken verschillende keren aan bod komen binnen hetzelfde gesprek terwijl het faseverloop in de 'goed beoordeelde' gesprekken verloopt zoals Byrne en Long (1976) schetsten. In de onderstaande tabellen wordt dit schematisch weergegeven voor een 'goed beoordeeld' gesprek en een 'minder goed beoordeeld' gesprek. In de bijla-

ge (bijlage 9) is voor alle gesprekken uit het corpus zo'n tabel opgenomen.

Tabel 7 en 8 laten het verloop van fases zien in gesprek 1 ('goed beoordeeld' gesprek) en gesprek 2 ('minder goed beoordeelde' gesprek).

Uit beide tabellen wordt duidelijk dat de fases in het 'goed beoordeelde' arts/patiënt gesprek elkaar in de volgorde die volgens Byrne en Long (1976) werd geschetst opvolgen (klachtbespreking fase, onderzoeksfase, diagnose fase, behandelafase). In het 'minder goed beoordeelde' gesprek komen de vier verschillende fases op verschillende momenten in het gesprek terug. Wat voornamelijk opvalt in dit gesprek is dat de diagnosefase in een zeer vroeg stadium van het gesprek wordt geïnitieerd en daarna ook op latere momenten verschillende keren terugkomt. Wat daarnaast ook opvallend is, is dat de diagnosefase vaak voorkomt in dit gesprek maar dat dit elke keer maar van korte duur is. De oorzaak hiervan is dat de history-taking fase vrij snel na de start van de diagnosefase wordt geïnitieerd. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de minder goede beoordeling van dit gesprek t.o.v. het 'goed beoordeelde' gesprek. Om te kijken wat er precies in de twee gesprekken gebeurt, zal er in de volgende alinea's op het 'goed beoordeelde' en het 'minder goed beoordeelde' gesprek een kwalitatieve analyse worden losgelaten. Hierbij wordt er gekeken naar wie van de gesprekspartners de fases initieert, hoe dit interactioneel wordt vormgegeven en hoe deze initiëringen worden geaccepteerd. Daarnaast is het voor dit onderzoek van belang om de interactie tussen de arts en de patiënt binnen de verschillende fases in het 'goed beoordeelde' en het 'minder goed beoordeelde' gesprek voor ogen te krijgen. Hierbij wordt gekeken naar de vragen die gedurende het gesprek worden gesteld en het antwoord wat daarop wordt gegeven.

Fase	Regel
1	1 tot 36
2	37 tot 249
3	250 tot 293
4	294 tot 362

Tabel 7 Verloop van fases, 'goed beoordeeld' gesprek.

Fase	Regel
1	11 tot 29
3	30 tot 33
4	34 tot 38
2	39 tot 41
3	42 tot 45
2	46 tot 57
4	58 tot 73
2	74 tot 86
3	87 tot 91
2	92 tot 107
3	108 tot 110
2	111 tot 160
3	161 tot 173
2	174 tot 275
3	276 tot 281
2	282 tot 294
3	295 tot 321
3	322 tot 375
4	375 tot 405
3	406 tot 414
4	414 tot 424
3	425 tot 440
4	441 tot 637

Tabel 8 Verloop van fases 'minder goed beoordeeld' gesprek.

4.2.2 ANALYSE VAN HET 'GOED BEOORDEELDE' GESPREK

In deze paragraaf zal het 'goed beoordeelde' gesprek worden geanalyseerd. Daarbij wordt gekeken naar hoe de verschillende fases elkaar opvolgen, hoe deze fases worden begonnen en beëindigd en wat er interactioneel gezien binnen de fases gebeurt.

In de eerste fase van een arts/patiënt gesprek wil de arts de reden voor het bezoek van de patiënt vaststellen. Dit doet hij/zij d.m.v. verteluitnodigingen als: 'wat kan ik voor u doen', 'waar kan ik u mee helpen' etc. De patiënt is in deze fase voornamelijk aan het woord en heeft hier de kans om te vertellen waar hij/zij last van heeft of vragen over heeft. Op de verteluitnodiging van de arts reageert de patiënt dan ook meestal met een discourse Unit waarop de arts met minimale responses reageert.

In onderstaand fragment 1 opent de arts het gesprek met een verteluitnodiging, een tag-question 'vertel u komt voor voorvoetklachten aan de linkerkant, klopt dat?'. Voor de klachtbespreking fase is dit een typerende uiting. De patiënt accepteert deze initiatie en geeft in regel 4 een bevestigend antwoord: 'ja'. De arts reageert hierop met 'ja' in regel 5 waarmee hij de patiënt nogmaals uitnodigt om te beginnen met het presenteren van de reden voor komst. In regel 6 volgt een korte stilte waarna de patiënt begint aan de klachtbeschrijving 'dat heb ik sinds nou.. etc.' Na de acceptatie van de patiënt geeft de arts de patiënt de ruimte om de reden voor komst verder toe te lichten en reageert met een minimale responses en luisterresponses: 'ja', 'hm-mm' op het verhaal van de patiënt. De patiënt vertelt over hoe de klachten zijn begonnen in regel 17 (gevallen van de trap) hoe ze weer over zijn gegaan in regel 32 (goede schoenen) en dat de pijn nu weer terug komt in regel 38.

Fragment 1

1. A: vertel u komt (.) voor (.) voorvoet
2. klachten aan de linkerkant klopt
3. dat?
4. P: ja
5. A: ja
6. (1.0)
7. P: dat heb ik sinds nou precies weet ik
8. het niet maar ik denk ja: (.) een
9. jaar of anderhalf jaar

10. A: ja
 11. P: en:: dat is met name de (1.0) tweede
 12. teen dus vanaf de de de kleinste zeg
 13. maar uh::
 14. A: de vierde teen
 15. P: de vierde teen=
 16. A: =ja
 17. P: en ik ben ongeveer (1.5) drie jaar
 18. geleden denk ik ben ik een keer van
 19. de (.) trap gevallen bij mij thuis
 20. A: hmmmhmm
 21. P: toen ben ik met mijn (.) vierde teen
 22. tegen zo'n spijl aangekomen
 23. A: ja
 24. P: uhh: (1.0) die was toen zwaar ge
 25. kneusd zeiden ze maar het kon ook
 26. zijn dat het gebroken was maar (.)
 27. dat uh:: kon toch geen gips omheen
 28. dat (.) moest gewoon
 29. A: hmmmhmm
 30. P: gewoon helen enneh::=
 31. A: =ja=
 32. P: =goed tijd voor stevige schoenen en
 33. blablabla hHh (1.4) en (.)da- daar
 34. heb ik vrij lang da dat dat het wel
 35. pijn dee en zo maar op den duur was
 36. dat wel een beetje over hHh=
 37. A: =hmmhmm=
 38. P: =alleen nu komt die teen terug (1.0)
 39. dus (.) als ik ik kan nu maar een
 40. paar schoenen aanhebben [en die zijn
 41. ook uh: nou zodra ik
 42. A: [ja

In fragment 2 opent de arts de reguliere tweede fase van het arts/patiënt gesprek: de history-taking fase, met in regel 48 een open vraag over de pijn *'en u voelt alleen?* De patiënt accepteert deze impliciete overgang van de fases en geeft een passend antwoord op deze vraag in regel 49 *'een stekende pijn'*. Door deze open vraag van de arts aan de patiënt over de pijn wordt de klachtbespreking fase impliciet afgesloten en wordt de history-taking fase geopend. De arts verzamelt de nodige informatie (eerst door vragen te stellen aan de patiënt in de history-taking fase, en daarna door lichamenlijk onderzoek). In deze fase probeert de arts er d.m.v. het stellen van vragen over de klachten, het ont-

staan ervan, de duur etc. in combinatie met lichamenlijk onderzoek achter te komen wat de patiënt mankeert. De diagnose die in de 3e fase wordt gesteld is gebaseerd op de uitkomsten uit het onderzoek in de tweede fase. In deze fase neemt de arts het initiatief en op die manier wordt deze fase als het ware door de arts geleid. De arts stelt de vragen en voert het lichamenlijk onderzoek uit. In regel 50 vraagt de arts aan de patiënt of de pijn alleen in de teen zit, de patiënt geeft op deze vraag een type-conforming antwoord *'ja'*. Hierna stelt de arts in regel 52 een declaratieve vraag over de locatie van de pijn *'het is maar een teen die pijnlijk is'* waarop de patiënt in dit geval geen type-conforming antwoord geeft maar de vraag van de arts bevestigt door te herhalen wat de arts zegt in regel 55 *'het is een teen'*.

Fragment 2

42. A: [ja
 43. P: me maar als ik als ik veel loop of
 44. uh: ik til wat of dan uh: dan begint
 45. het bij die teen en gaat
 46. dan door naar de (1.0)voet van deh:
 47. of de de bal van de voet zeg maar
 48. A: en u voelt alleen?
 49. P: een stekende pijn
 50. A: in de teen alleen
 51. P: ja
 52. A: en niet in in andere tenen (.) het
 53. is maar een
 54. teen [die pijnlijk is
 55. P: [het is een teen=

In fragment 3 wordt een gedeelte van de history-taking fase van het goed beoordeelde gesprek weergegeven. In dit fragment is sprake van chaining. De arts stelt verschillende ja/nee vragen aan de patiënt en de patiënt geeft type-conforming antwoorden op deze vragen zoals in regel 91 de arts een declaratieve vraag *'stelt 'zooltjes hielpen niet?'* waarop de patiënt in regel 92 reageert met *'nee'* en in regel 97 stelt de arts de tag-vraag *'s nachts ook pijn? Of niet?'* waarop de patiënt reageert met *'nee'* en daarna zijn antwoord nog ondersteunt met *'als ik die schoenen uit heb dan is er niks aan de hand'* in dezelfde beurt.

Fragment 3

91. A: zooltjes hielpen niet
92. P: nee
93. A: of geen zooltjes gehad
94. P: ja zoo[ltjes heb ik die heb ik ook
95. nu in
96. A: [oh ja
97. A: oke (1.5) 's nachts ook pijn? Of
98. niet=
99. P: =nee (1.0) als ik die schoenen uit
100. heb dan is er niks aan de hand
101. (3.5) (arts typt)
102. A: en dus ook uh:: op bl voeteh: belo:
103. (.) op blote voeten lopend (.) geeft
104. ook geen pijn?
105. P: nee (2.0)nou ja dat doe je niet zo
106. lang natuurlijk dus ik weet niet
107. precies ehh: (1.0) als ik dan ga
108. tillen ik noem maar hoe het dan is
109. (3.5) was vorige week een pla een
110. band aan t plakken (.) dus [toen zat
111. ik zeg maar gehurkt (1.0) dus dan
112. komt er wat
113. A: [ja
114. P: druk op en dan is het gelijk mis
115. A: ja (3.0) voelt u verder nog iets
116. iets aan die teen of ziet die teen
117. er anders uit
118. P: ja dat [weet ik eigenlijk niet
119. A: [weet u niet okee
120. P: ja:: nou hij staat een beetje (1.0)
121. ik was toenet bij die röntgen ik
122. dacht misschien staat ie wel een
123. beetje (.) hij hoort zo te staan
124. denk dat ie een beetje zo staat of
125. zo=
126. A: =oke (.) ja (1.0) uh:: u bent verder
127. gezond?
128. P: ja

Door een lichamenlijk onderzoek af te nemen bij de patiënt krijgt de arts inzicht in de lichamenlijke conditie van de patiënt. Dit, in combinatie met de antwoorden op de vragen die de arts heeft gesteld gedurende de history-taking fase, zorgt ervoor dat de arts een goede diagnose kan stellen in de diagnose fase.

In fragment 4 gaat de arts over van de history-taking fase naar het lichamenlijk onderzoek. De overgang van de history-taking fase naar het lichamenlijk onderzoek wordt door de arts geïnitieerd zoals in dat in dit fragment te zien is. De interrogatieve vraag *'mag ik de voet even onderzoeken'* in regel 134 is hiervan de introductie. De 'vragenfase' wordt door deze interrogatieve vraag impliciet afgesloten. De arts zegt niet 'dan wil ik nu doorgaan naar de volgende fase' o.i.d. maar probeert door de vraag *'mag ik de voet even onderzoeken'* in overeenstemming met de patiënt door te gaan naar de volgende fase: het lichamenlijk onderzoek. De patiënt accepteert deze overgang door *'ja tuurlijk ja'* als antwoord te geven in regel 140 op de herhaalde interrogatieve vraag *'zal ik de voet even mogen onderzoeken?'* van de arts in regel 138.

Fragment 4

129. A: allergieën voor jodium antibiotica
130. of pleiters?
131. (1.0)
132. P: nee
133. (2.0)
134. A: mag ik de voet even onderzoeken?
135. (1.0)
136. P: sorry?
137. (1.0)
138. A: zal ik de voet even mogen onderzoeken?=
139. ken?=
140. P: =ja tuurlijk [ja
141. A: [als u even de uhh:
142. sch:oen en sok uit zou willen doen
143. of beide schoenen eigenlijk even

Gedurende het lichamenlijk onderzoek doet de arts wat testjes met de patiënt om bijvoorbeeld te onderzoeken wanneer een beweging pijn doet. In fragment 5 zien we een voorbeeld van een gedeelte van het lichamenlijk onderzoek. De arts onderzoekt de patiënt en laat hem een aantal bewegingen maken, met daarna de interrogatieve vraag of dat pijnlijk is zoals in regel 153 *'kunt u op de tenen gaan staan? Is dat ook pijnlijk of niet?'* waarop de patiënt reageert met *'ja, jaja'* in regel 155. Tijdens het lichamenlijke onderzoek volgt de patiënt de instructies van de arts op en voert hij de opdrachten van de arts non-verbaal uit.

Fragment 5

143. A: mag u hier komen staan eerst heel
 144. even kijken (6.0) nou ziet er zo (.)
 145. zijn symmetrisch [dus ik zie er zo
 146. geen [afwijking aan
 147. P: [ja
 148. [nee
 149. A: kunt eens met de eh:: rug naar mij
 150. toe komen staan
 151. (3.0)
 152. P: ja
 153. A: oke kunt u op de tenen gaan staan?
 154. (2.0) is dat ook pijnlijk? of niet,=
 155. P: =ja ja ja
 155. A: kunt u zo een stukje lopen gewoon
 156. zoals u normaal loopt naar de: (1.0)
 157. deur (4.5) zakt een beetje door met
 158. de voet naar binnen (.) kom maar
 159. even op de bank zitten (4.0) mag met
 160. de benen over de rand inderdaad
 161. (onverstaanbaar)
 162. (3.0) eens even kijken naar de eh:
 163. enkel (1.5) is ook niet pijnlijk
 164. denk ik he?=
 165. P: =nee
 166. A: oke (6.0) [pijnlijk?
 167. P: [spiertje dat heen en weer
 168. gaat
 169. A: ja ik voel het heen en weer schieten
 170. namelijk
 171. P: ja hier
 172. (1.5)
 173. A: het is alleen deze teen die u voelt?
 174. P: ja
 175. A: niet deze teen ook?
 176. P: nee

Het lichamenlijk onderzoek wordt op expliciete wijze door de arts afgesloten, zoals te zien is in fragment 6. In regel 236 zegt de arts *'schoenen mogen aan hoor'* waarmee hij laat blijken dat het lichamenlijke gedeelte van het onderzoek is afgelopen. De patiënt accepteert deze afsluiting door te reageren met *'jah'* in regel 238.

Fragment 6

229. P: en dan loop ik der uit en dan kan ik
 230. al na (.) na honderd meter of na

231. tweehonderd meter dan denk ik oke
 232. dit is het niet en dan breng ik ze
 233. weer terug
 234. A: oke haha grappig
 235. P: ja
 236. A: ja Hhh ehmm °schoenen mogen aan
 237. hoor°
 238. P: (°jah°
 239. (8.0)

Aan de hand van de history-taking fase en het lichamenlijk onderzoek wordt uiteindelijk de diagnose gesteld door de arts. In deze fase is voornamelijk de arts aan het woord en de patiënt is stil/geeft minimale responses (heath 1992).

In fragment 7 is het de arts die de diagnose fase op impliciete wijze initieert en de patiënt die deze initiëring accepteert. De foto's worden erbij gehaald als introductie voor de diagnose. De arts zegt *'dis de foto die gemaakt is'* in regel 250. Hierna vertelt de arts wat er te zien is op de foto *'nou dit is de vierde teen zoals we dat noemen'* de patiënt geeft een minimale respons *'ja'* en accepteert hierdoor de initiëring van de arts voor de diagnose fase. Na de introductie van deze fase stelt de arts een diagnose met *'het lijkt te passen bij een mortelneuroom'* in regel 268. De patiënt reageert met minimale responses terwijl de arts de diagnose stelt en verder toelicht vanaf regel 272.

Fragment 7

250. A: dis de foto (.) die gemaakt is (1.4)
 251. eehm nou dit is de vierde teen zoals
 252. we dat noemen
 253. P: ja
 254. A: een twee drie vier vijf (.) eehm::
 255. (.) wat een klein beetje opvalt is
 256. dat de voorvoet wat breed is komt
 257. hier ook wat meer ruimte tussen de
 258. (1.0) vierde en vijfde middenvoets
 259. beentje
 260. P: [hmm
 259. A: eh:: verder zie ik er niet zo heel
 260. veel geks aan eigenlijk geen eh
 261. (1.0) k zie k zie niet of er een
 262. breuk geweest is
 263. P: nee

264. (1.4)
 265. A: dat ziet (er normaal) uit maar wat
 266. bij de garcontric) opvalt ehm wat uw
 267. verhaal ook een beetje aangeeft is
 268. is dat het lijkt te passen bij een
 269. ehm mortelsneuroom (.) ik weet niet
 270. of dat u wat zegt,
 271. P: ghehe neeh [(lacht)
 272. A: [(lacht) (niet) tegen ge
 273. komen op internet,
 271. P: nehehee
 272. A: mortelsneuroom is een eh (1.0) als
 273. de als je zo de teen hebt(5.4) ehm
 274. elke (.) teen wordt voorzien van
 275. meerdere ehm zenuwtakjes
 276. P: ja
 277. (2.0)
 278. A: zo (.) die komen dan samen en eh wat
 279. er kan gebeuren is door irritatie
 280. dat er ehm een zwelling komt in zo'n
 281. zenuwtakje (1.0) en dat eh dat geeft
 282. pijn en doofheid in een teen
 283. P: °hm° (schraapt keel)

In de laatste fase van het arts/patiënt gesprek stelt de arts een behandelplan vast. Ook in deze fase is voornamelijk de arts aan het woord en reageert de patiënt met minimale responses. In fragment 8 initieert de arts de laatste fase van het arts/patiënt gesprek en dat doet hij door de uiting 'wat kun je der aan doen' in regel 295. Na deze expliciete introductie van de behandelfase wordt het behandelplan geschetst en de patiënt reageert op het behandelplan van de arts met minimale responses als 'hmm' en 'oke' in regel 307 en regel 311. De patiënt gaat niet tegen de overgang naar de laatste fase in en accepteert daardoor op impliciete wijze de initiëring van de arts.

Fragment 8

291. A: middenvoetsbeentjes dat wordt alleen
 292. maar meer en erger en dat geeft dan
 293. (.) ja een pijn in de teen
 294. P: ja
 295. A: euhm: wat kun je der aan doen? eh in
 296. eerste instantie moeten we zeker
 297. weten of dat het is eh daarvoor wou
 298. ik een aanvullend onderzoek aanvra-

299. gen hiervoor met een echo gaan ze
 300. kijken of ze daar een eh verdikking
 301. zien van dat zenuwtakje (1.0) als ze
 302. die vinden als dat het is dat zouden
 303. we een injectie kunnen geven daar
 304. met een eh ontstekingsremmer eehh
 305. over het algemeen helpt dat vrij
 306. goed
 307. P: hmm
 308. A: eh als dat helpt en het werkt uit
 309. dan zou je dat verdikte gedeelte ook
 310. eh chirurgisch kunnen verwijderen
 311. P: oke

4.2.3 DEELCONCLUSIE

Aan de hand van bovenstaande analyse kan er nu een korte deelconclusie over het 'goed beoordeelde' gesprek worden geschreven. Zoals hiervoor ook al schematisch werd weergegeven volgen de verschillende fases van het arts/patiënt gesprek, zoals Byrne en Long (1976) deze schetsten, elkaar chronologisch op. In onderstaande tabel wordt dit wederom weergegeven:

Fase	Regel	Geïnitieerd door
1	1 tot 36	Arts
2	37 tot 249	Arts
3	250 tot 293	Arts
4	294 tot 362	Arts

Tabel 9 Faseverloop en initiëringen van het 'goed beoordeelde' gesprek.

Alle vier de fases worden door de arts geïnitieerd en in alle vier de gevallen accepteert de patiënt deze initiëringen. Hier worden de fasen dus steeds door de participanten gezamenlijk lokaal weergegeven. De arts initieert en de patiënt accepteert waardoor de overgangen van de fases steeds soepel verlopen. Wat daarnaast opvalt, is dat de arts de fases niet expliciet afsluit en introduceert maar doordat de arts de nieuwe fases impliciet opent wordt een vorige fase afgesloten. Een uitzondering hierop is de afsluiting van het lichamelijk onderzoek. Alleen hier is sprake van een

expliciete afsluiting: ‘schoenen mogen aan hoor’. Gedurende de fases is voornamelijk de arts aan de leiding en de patiënt geeft type-conforming antwoorden op de vragen van de arts (history-taking), volgt de instructies en voert de opdrachten uit die de arts hem opdraagt (lichamelijk onderzoek) en geeft luisterresponses en minimale responses (diagnose en behandelplan).

4.2.4 ANALYSE VAN HET ‘MINDER GOED BEOORDEELDE’ GESPREK

Als we naar de faseringen in het ‘minder goed beoordeelde’ gesprek kijken valt direct op dat deze op een andere manier voorkomen dan die in het ‘goed beoordeelde’ gesprek. Zo komen de verschillende fases meerdere keren terug gedurende het gesprek., zie tabel 10.

Fase	Regel
1	11 tot 29
3	30 tot 33
4	34 tot 38
2	39 tot 41
3	42 tot 45
2	46 tot 57
4	58 tot 73
2	74 tot 86
3	87 tot 91
2	92 tot 107
3	108 tot 110
2	111 tot 160
3	161 tot 173
2	174 tot 275
3	276 tot 281
2	282 tot 294
3	295 tot 321
3	322 tot 375
4	375 tot 405
3	406 tot 414
4	414 tot 424
3	425 tot 440
4	441 tot 637

Tabel 10 Faseverloop ‘minder goed beoordeelde’ gesprek.

Wat voornamelijk opvalt, is dat de diagnosefase in een veel eerder stadium dan in het ‘goed beoordeelde’ gesprek wordt geïnitieerd (in regel 30). Niet alleen wordt deze fase al veel eerder geïnitieerd maar deze fase wordt ook op meerdere punten in het gesprek geïnitieerd dan in het ‘goed beoordeelde’ gesprek (regel: 30, 42, 87, 108, 161, 276, 295, 322, 406, 425).

Net als in het ‘goed beoordeelde’ gesprek opent de arts ook de klachtbespreking fase in het ‘minder goed beoordeelde’ gesprek op een impliciete manier. Dit gebeurt hier met de declaratieve *uiting* ‘zo ik begreep uit de brief van de huisarts u hebt pijn in de knieën’ die als verteluitnodiging fungeert (regel 11, fragment 9). Na een korte insertie-expansie van regel 13 t/m regel 21 geeft de patiënt uiteindelijk een type-conforming antwoord op deze declaratieve vraag met ‘ja ik heb last van mijn knieën’ in regel 22 en presenteert daarna de reden voor komst waarin ze aangeeft waarvoor ze eigenlijk komt ‘dus ik ben opzoek naar wat meer houvast in wat ik of ik nou precies de diagnose heb gekregen, is dat zeker is dat duidelijk en wat kan ik doen om die knie sterker te maken, wat moet ik doen als het gaat om dingen wel doen niet doen opbouwen he dat soort zaken’ vanaf regel 34. De patiënt geeft aan dat ze wil weten of de diagnose die gesteld is juist is en wat voor behandelplan daar het best bij past. Hier introduceert de patiënt twee fases, terwijl de arts deze fases normaal gesproken zou moeten introduceren (Byrne en Long, 1976) en daarnaast horen de diagnose fase en de behandel fase die ze wil introduceren ook nog niet op deze plaats in het gesprek thuis. De initiëring van de patiënt wordt dan ook niet geaccepteerd door de arts. De arts geeft slechts met een acknowledgement token aan de patiënt gehoord te hebben: ‘ja’ maar gaat niet in op de initiëring van de patiënt en grijpt terug naar de klachtbespreking fase door de reactie ‘sinds hoe lang hebt u al last van de knieën?’ in regel 48.

Fragment 9 (gesprek 1)

11. A: zo (.) ik begreep uit de brief van de
 12. huisarts (.) u hebt pijn in de knie-
 13. ën,
 14. P: hebt u ook een brief van de huisarts
 15. gehad?
 14. A: O sorry van de sportarts

15. P: o ja ik dacht ik [heb een poosje
 16. A: [van dokter
 17. (riekstra)
 18. P: ik heb een beetje een rondje gemaakt
 19. A: [ja
 20. P: [ja
 21. A: ja dokter (riekstra)
 22. P: ja ik heb last [van mijn knieën
 23. A: [ja ja
 24. P: en ik weet et niet ik dacht eh het
 25. liefste ben ik eh op een plek waar
 26. men zo veel mogelijk overzicht heeft
 27. van de mogelijkheden en d[e proble-
 28. men [met knieën
 29. A: [ah joh [ja
 30. ja
 31. P: want ik voel een beetje een leegte
 32. voor me zo van ja ja he
 33. A: we we[ten het
 34. P: [zoek het maar eh doe maar dus
 35. ik ben op zoek naar wat meer hou
 36. vast in wat ik of ik (.) nou precies
 37. de diagnose heb (1.0) eh gekregen
 38. die (.) he [is dat zeker is dat dui-
 39. delijk
 40. A: [ja
 41. P: eh wat kan ik doen om eh d- die
 42. knie sterker te maken wat moet ik eh
 43. doen als het gaat om (.) dingen wel
 44. doen niet doen opbouwen he dat
 45. soort zaken
 46. A: ja
 47. P: du[s eh
 48. A: [ja ja sinds hoe lang hebt u
 49. al last van de knieën?
 50. P: nou ik heb eh eigenlijk sinds novem-
 51. ber last
 52. maar een jaar of zes geleden toen
 53. had ik ook een paar maal opeens last

In een ander gesprek¹ dat ook minder goed werd

¹ Ter verduidelijking van een verschijnsel wordt soms een fragment uit een ander 'minder goed beoordeeld' gesprek gebruikt. Dit gesprek wordt in de notatie boven de fragmenten aangegeven met gesprek 2. Gesprek 1 is het 'hoofdgesprek'.

beoordeeld begint de patiënt ook in de klachtbesprekingsfase over een eerder gestelde diagnose (zie fragment 10). De arts initieert in dit gesprek de klachtbespreking fase met een tag-vraag 'uitgebreid gezien door de sportarts he?' Op deze vraag reageert de patiënt met 'ja klopt' in regel 6. Hierna stelt de arts een declaratieve vraag in regel 9 'En dan eigenlijk vastgesteld dat u slijtage hebt aan de schouders?'.

De patiënt reageert hier in eerste instantie bevestigend op in regel 12 met 'ja' maar vertelt daarna dat hij de diagnose die gesteld is toch in twijfel trekt 'maar achteraf ben ik het daar toch niet helemaal mee'. De arts reageert op het verhaal van de arts met minimale responses. De patiënt geeft in regel 17 een leek-diagnose 'ik denk dat er iets anders aan de hand is dan alleen de slijtage'. De arts reageert hier op met minimale responses maar gaat niet verder in op deze leek-diagnose van de patiënt.

Fragment 10 (gesprek 2)

4. A: uitgebreid gezien door de sportarts
 5. hè?
 6. P: ja [klopt
 7. A: [ja [ja
 8. P: [ja klopt klopt
 9. A: en dan eigenlijk vastgesteld dat u
 10. eh:: slijtage
 11. hebt aan de schouders?=
 12. P: =ehh::: ja maar achteraf ben ik het
 13. daar toch niet helemaal me ja ben ik
 14. t wel mee want die slijtage is dui-
 15. delijk te zien
 16. A: ja
 17. P: dus maar eh:: (.) ik denk dat er
 18. iets anders aan de hand is dan al-
 19. leen de slijtage waarom (.) als
 20. die eh: slijtage bekijk (.) en die
 21. zeven jaar geleden die foto's (.)
 22. het toont eigenlijk niet zo veel
 23. verschil
 24. A: nee (.)[oke
 25. P: [dus als je het nou zo zegt
 26. van goed eh: die slijtage is er die
 27. kan in zeven jaar kan ie iets [eh
 28. iets eh verergerd zijn hHh (.)
 29. A: [hm-
 30. mhmm

31. P: maar (.) dan zou je ook in die zeven
 32. jaar zou je dus meer je pijnfactor
 33. moeten gaan opbouwen
 34. A: ja
 35. P: dus en dat is [niet gebeurd
 36. A: [ja nee

Aan het eind van de leek-diagnose van de patiënt reageert de arts in regel 40 met *'nou ik ga zo even naar u kijken'* maar stelt in dezelfde beurt een vraag waarmee hij weer terug keert naar de history-taking fase *'maar dr is dus zeven jaar geleden ook al eens een foto gemaakt.'* (fragment 11)

Fragment 11 (gesprek 2)

38. A: [ja ja
 39. P: dat het weg komt
 40. A: nou ik ga zo even naar u eh: naar u
 41. kijken hHh (1.0) uhm: maar dr is dus
 42. zeven jaar geleden ook al eens een
 43. foto gemaakt (.) ook omdat u schou-
 44. derklachten had

In de klachtbespreking fase van het eerste 'minder goed beoordeelde' gesprek begon de patiënt zelf al over de diagnose en de behandeling van haar aandoening. De arts geeft hier echter slechts een acknowledgement token *'ja'* en gaat er verder niet op in. De arts initieert, zoals te zien is in fragment 12, de reguliere tweede fase van het arts/patiënt gesprek (de history-taking fase) met *'sinds hoe lang hebt u al last van de knieën?'* wat te zien is in regel 41. De patiënt produceert in eerste instantie een type-conforming tweede paardeel op deze Wh-vraag *'nou ik heb eigenlijk sinds november last'* maar begint in dezelfde beurt weer over de eerder gestelde diagnose *'toen was het beeld dat het de knieschijven achterkant van de knieschijven betrof'* in regel 46. In dit fragment is te zien dat de patiënt wederom begint over een diagnose terwijl het gesprek nog in de history-taking fase is. De arts gaat ook hier niet in op de initiëring van de patiënt (geeft slechts een minimale respons *'oh ja'*) maar gaat weer terug naar de history-taking fase door een nieuwe ja/nee vraag te stellen *'allebei de knieën?'* in regel 51.

Fragment 12 (gesprek 1)

34. P: eh wat kan ik doen om eh d- die
 35. knie sterker te maken wat moet ik eh

36. doen als het gaat om (.) dingen wel
 37. doen niet doen opbouwen he dat
 38. soort zaken
 39. A: ja
 40. P: du[s eh
 41. A: [ja ja sinds hoe lang hebt u
 42. al last van de knieën?
 43. P: nou ik heb eh eigenlijk sinds novem-
 44. ber last maar een jaar of zes gele-
 45. den toen had ik ook een paar maal
 46. opeens last van de knieën toen
 47. was het beeld dat het de knieschij-
 48. ven e[h: ach[terkant van de knie
 49. schijven betrof
 50. A: [oh ja
 51. [en allebei de knieën?

In fragment 13 geeft de patiënt op de interrogatieve vraag van de arts in regel 55 *'en is dat er altijd?'* een non-conforming antwoord *'het wisselt hoeveel last ik der van heb'* in regel 56. Op dit non-conforming antwoord reageert de arts met een luisterrespons *'hmm'*. Hierna neemt de patiënt in regel 60 het initiatief om wederom over het opbouwen van oefeningen te beginnen waar ze in de klachtpresentatie fase ook al over begon *'in de winter had ik een periode dat ik dacht ik het wel wat opbouwen.'* Hier initieert de patiënt de behandelfase maar de arts geeft enkel minimale response *'ja' 'hmm'* en gaat verder niet in op deze initiëring van de patiënt. De arts weet de laatste zin van het verhaal van de patiënt over het opbouwen van de oefeningen in de zomer *'maar het lopen ondertussen werd niet beter'* in regel 81 om te buigen tot een vraag over het heden *'hoe ver kunt u lopen?'* waarmee de arts de leiding over het gesprek weer overneemt en terug gaat naar de history-taking fase.

Fragment 13 (gesprek 1)

55. A: en is dat er altijd?
 56. P: eh t wisselt hoeveel last ik der van
 57. heb
 58. A: hmm
 59. P: en ik heb eh (1.0) nou ja (.) in de
 60. winter had ik een periode dat ik
 61. dacht ik kan het wel wat opbouwen
 62. wat meer lopen wat schaatsen wat

63. meer fietsen en eh maar dat (1.0) t
 64. is op t ogenblik vlak voor de zomer
 65. heb ik wat veel op m'n knieën gedaan
 66. aan de vloer in de was zetten
 67. A: hmm
 68. P: daar kon ik eigenlijk geen stap meer
 69. zetten toen heb ik wel gaan fietsen
 70. maar
 71. A: ja
 72. P: t- terwijl het fietsen ging dan ma-
 73. tig zeg ma[ar
 74. A: [hmm
 75. P: ook op halve kracht H[hh
 76. A: [°ja°
 77. P: maar het lopen ondertussen werd niet
 78. beter dus dat was met de fiets naar
 79. het toiletgebouw van de camping zal
 80. °k [maar zegge°
 81. A: [oh ja °oh ja° hoe ver
 82. kunt u lopen?
 83. P: nou nu zit ik een beetje op een (.)
 84. tien minuten of zo

De arts stelt na bovenstaand fragment een nieuwe Wh-vraag over de locatie van de pijn *'en waar zit de pijn?'* (zie fragment 14, regel 80). Dit is typisch een handeling die thuishoort in de history-taking fase waarmee de arts impliceert dat het gesprek nog niet is aanbeland in de volgende fase. De patiënt vertelt daarna wat voor soort pijn het is in regel 88 als antwoord op de vraag van de arts: *'ja stijf is het'* wat een non-conforming antwoord is op de vraag die de arts stelde. De arts reageert hierop met een minimale respons in regel 90 wat het voor de patiënt mogelijk maakt om haar antwoord uit te breiden. Ze breidt het antwoord op zo'n manier uit waardoor ze in regel 97 een leek-diagnose geeft *'dat kan ook een soort van compensatie zijn denk ik'* waarmee de patiënt wederom de diagnose fase initieert terwijl arts en patiënt nog in de history-taking fase zijn. Ook hier gaat de arts niet in op deze initiëring van de patiënt maar geeft slechts een acknowledgement token *'ja'*. In plaats van in te gaan op de initiëring van de patiënt stelt de arts in regel 102 een nieuwe interrogatieve vraag die ervoor zorgt dat arts en patiënt weer in de history-taking fase belanden *'allebei de knieën is allebei bij allebei hetzelfde?'* ook op deze ja/nee vraag geeft de patiënt een

non-conforming antwoord en zegt: *'wat ik zei het wisselt een beetje'*.

Fragment 14 (gesprek 1)

80. A: en waar zit de pijn?
 81. P: nou ehm (.) ik geprobeerd denken wat
 82. want het is best wel lastig om o[p
 83. te schrijven van wat wat voel je nou
 84. he dus eh::
 85. A: [ja-
 86. ha
 87. P: even kijken hoor wat had ik nou ook
 88. alweer voor mezelf eh e:h ja stijf
 89. is het
 90. A: ja,
 91. P: en dan krijg ik een soort spierpijn-
 92. achtig gevoel een beetje scheuten
 93. tijdens het lopen hè die dan naar de
 94. bovenbenen gaan he die pezen en soms
 95. is dat ook heel strak
 96. A: h[mm
 97. P: [die pezen °ja° dat kan ook een
 98. soort van compensatie zijn denk ik
 99. A: ja
 100. P: he dus en dan niet goed bewegen die
 101. stap niet afmaken op slot schieten
 102. A: allebei de knieën is allebei bij al-
 103. lebei hetzelfde?
 104. P: nou ja wat ik zei het wisselt een
 105. beetje

Verderop in de history-taking fase valt een korte stilte (zie fragment 15, regel 107). De patiënt begint na deze stilte in regel 108 weer over een eigen observatie/geeft een leek-diagnose *'en wat ik dus merk is dat hè dat met die eh kniebelasting als ik daar druk dat dat de boel dus het meest verergerd zeg maar'*. De arts geeft hierop een minimale respons en gaat verder niet in op wat de patiënt zei maar stelt een alternatieve vraag om terug te komen in de history-taking fase: *'en zit de pijn aan de voorkant of aan de zijkant van de knie?'* (regel 113). Op deze vraag wordt van de patiënt verwacht dat ze een keuze maakt tussen de twee gegeven alternatieven maar in plaats daarvan geeft ze in regel 115 *'jaa ook wel eens aan de achterkant'* als non-conforming antwoord. In regel 117 stelt de arts daarom een nieuwe ja/nee vraag over de locatie van de pijn

waarop de patiënt dan wel een type-conforming antwoord geeft.

Fragment 15 (gesprek 1)

103.A: ehm dat u het gevoel heeft dat het
104. instabiel is dat u zeg maar zo der
105. doorheen zwikt,
105.P: nee dat geloof ik niet nee
106.A: oke
107. (1.5)
108.P: en wat ik dus merk is dat he dat met
109. die eh (.) kniebelasting als ik daar
110. druk dat dat de boel dus het meest
111. vers verergert zeg maar [°dus eh°
112.A: [hmm
113. (.) ja en zit de pijn aan de voor-
114. kant of aan de zijkant van de knie?
115.P: jaa ook wel eens aan de achterkant
116. °het is [niet zo°
117.A: [rondom?
118.P: ja

Ook in een ander gesprek zien we dat de patiënt vroeg op eigen initiatief met een diagnose komt. Ook hier gaat de arts daar in eerste instantie niet op in maar gaat hij door het stellen van specifieke vragen door met de history-taking fase. De patiënt komt in dit gesprek echter ook op verschillende punten gedurende het gesprek terug op deze diagnose. In fragment 16 stelt de arts in regel 42 een declaratieve vraag over eerder gemaakte foto's *'maar dr is dus zeven jaar geleden ook al eens een foto gemaakt?'* De patiënt geeft in regel 46 antwoord op deze vraag *'nou ja goed inderdaad dr zijn wel es schouderklachten gemaakt inderdaad'*. De arts reageert hierop met een minimale respons. Hierna begint de patiënt over een eerder gestelde diagnose *'toen zei de huisarts eigenlijk al van ja lichte artrose'* terwijl de history-taking fase nog bezig is. De arts geeft een paar keer een minimale luisterrespons *'ja'* maar gaat niet op de initiëring van de patiënt in en stelt een tag-vraag in regel 70 over de pijnklachten van de patiënt *'met name de linkerschouder die pijnlijk is he?'* om weer terug te keren naar de history-taking fase. De patiënt accepteert deze initiëring van de arts en geeft een type-conforming antwoord op de vraag van de arts.

Fragment 16 (gesprek 2)

41. A: nou ik ga zo even naar u eh: naar u
42. kijken hHh (1.0) uhm: maar dr is dus
43. zeven jaar geleden ook al eens een
44. foto gemaakt (.) ook omdat u schou-
45. derklachten had
46. P: hHh nou ja goed inderdaad dr zijn
47. wel es schouderklachten gemaakt in-
48. derdaad ook in ehh delfzijl in het
49. ziekenhuis
50. A: ja
51. P: en eh:: ja goed dan ja goed toen zei
52. de huisarts eigenlijk al van ja::a::
53. lichte artrose wha:a hHh (.) kunnen
54. we verder niks aan doen
55. A: ja
56. P: als het goed gaat gaat het goed
57. A: ja
58. P: maar goed heb dr nooit verder geen
59. last van gehad het trainen ging al-
60. tijd goed (1.0) maar ik kan nou niks
61. eh: kan nou niks meer kan nou niks
62. meer trainen kan niet meer trainen
63. (2.0) (arts typt)
64. A: [als u
65. P: [als ik ga trainen dan uh:: ja dan
66. slaap ik 's nachts niet dan moet ik
67. gewoon aan de eh aan de pijnstillers
68. A: ja
69. P: anders [dan
70. A: [met name de linkerschouder
71. die pijnlijk is hè?
72. P: hHh ja=
73. A: =oke=

Na de history-taking fase begint de arts aan het lichamenlijk onderzoek. Bij het lichamenlijk onderzoek vraagt de arts aan de patiënt om specifieke bewegingen te maken en geeft hij instructies en opdrachten aan de patiënt van wie wordt verwacht deze uit te voeren. In fragment 17 initieert de arts expliciet het lichamenlijk onderzoek met de zin *'Dan wil ik uw knieën wel even zien'*. De patiënt accepteert deze initiëring en loopt met de arts mee naar de behandelafel.

Fragment 17 (gesprek 1)

178.A: helemaal goed nergens allergisch
 179. voor?
 180.P: voor zover ik weet niet
 181.A: dan wil ik uw knieën wel even zien
 182.?: [haha (onverstaanbaar)
 183.P: [haha jammer van d-
 184.?: [(onverstaanbaar) hemaal voor eh
 185.A: zo (.) mag u de schoenen uit doen
 186. (.) en mag u eerst even blijven
 187. staan (6.3) z:o

Gedurende het lichamelijk onderzoek valt op dat de patiënt wederom de diagnosefase initieert terwijl de diagnose fase nog niet begonnen is (fragment 18). De arts stelt een vraag aan de patiënt in regel 276 over of iets pijn doet *'ja en aan deze kant?'* maar in plaats van antwoord geven op de ja/nee vraag van de arts begint de patiënt hier over een eerder gestelde diagnose *'leek een beetje een reactie op het slecht lopen'* in regel 280. De arts gaat hier kort op in, in regel 283, *'ja kan heel goed'* maar gaat daarna in regel 287 verder met het lichamelijk onderzoek door een nieuwe interrogatieve vraag te stellen *'hier pijn?'*. In dit fragment is sprake van een onderhandeling. De arts doet uitingen die passen binnen het lichamelijk onderzoek (*'pijn als ik hier duw?'*, *'en aan deze kant?'*, *'hier pijn?'*) en de patiënt doet uitingen die binnen de diagnose fase passen. De arts geeft minimale responses op wat de patiënt zegt (op lokaal beurtwisselingsniveau lijkt het dus wel te werken) maar gaat verder niet in op wat de patiënt zegt.

Fragment 18 (gesprek 1)

271.P: [moet ik blijven liggen weer
 272.A: neuh zo is goed (.) pijn als ik hier
 273. duw?
 274.P: is wel eens wel zo geweest dat die
 275. zee[- die pees daar [eh
 276.A: [oke [hmm ja en aan
 277. de[ze kant?
 278.P: [de fysio-
 279. therapeut heeft dat een beetje ge-
 280. masseerd maar dat was eh was eh leek
 281. een beetje een reactie op die op
 282. het slecht (.) [lopen
 283.A: [ja kan heel goed ja
 284. dat kan heel goed hoor

285.P: (kan heel vaak) zelf verder was et
 286. eh
 287.A: hier pijn? (5.0)

In fragment 19 is te zien hoe de arts het lichamelijk onderzoek expliciet beëindigt en begint aan de diagnose fase met *'mag u zich aankleden dan tover ik de foto's tevoorschijn'* in regel 294. Na een lange stilte waarin de arts de bevindingen van het lichamelijk onderzoek vastlegt op de computer stelt de patiënt in regel 299 een vraag die ervoor zorgt dat het lichamelijk onderzoek weer wordt opgepakt *'de houding van het lopen het afwikkelen is dat kun je dat hier nog mee bekijken'*. De arts doet in dit fragment dus een voorstel voor het afsluiten van het lichamelijk onderzoek en wil de diagnose fase starten maar de patiënt lijkt dit niet te accepteren en neemt het initiatief om weer terug te keren naar het lichamelijk onderzoek. De arts gaat hierin mee en accepteert de initiëring van de patiënt in regel 302 met *'ja dat kan ik'*.

Fragment 19 (gesprek 1)

293.A: ja soms wel ik doe de tafel omlaag
 294. zo (1.8) ja (.) mag u zich aankleden
 295. dan tover ik de foto's tevoorschijn
 296. (geluid van typen, papieren hand-
 297. doekje en koffie kopje)
 298. (21.7)
 299.P: de houding van het eh lopen het af-
 300. wikkelen is dat kun je dat hier nog
 301. mee bekijken is dat eh
 302.A: ja dat kan ik ha[ha
 303.P: [tenminste
 304.A: dan moet je weer een stukje lopen

Nadat de arts, op initiëring van de patiënt, weer een lichamelijk onderzoek heeft afgenomen wordt in regel 328 de diagnose fase opnieuw gestart door de arts *'en u hebt een klein beetje slijtage in de knieën'*. De patiënt accepteert deze diagnose niet door te reageren met een minimale respons zoals de patiënt in het 'goed beoordeelde' gesprek maar start een insertie-expansie door de arts een vraag ter verklaring van de diagnose te stellen in regel 339: *'kijk je dan naar die afstand tussen het bot'*. Op deze interrogatieve vraag van de patiënt reageert de arts met *'ja we kijken hier naar de afstand'* in regel 342.

Fragment 20 (gesprek 1)

320.A: nee dat is wel prima (.) u hebt een
321. klei:::n beetje platvoeten maar dat
322. valt wel mee dat valt wel mee (.)
323. nee uw voeten zijn goed hehe (7.6)
324. dit is uw foto (.) deze is van de
325. linker knie (.) dit is het bovenbeen
326. het onderbeen het kuitbeen en hier
327. loopt de knieschijf (.) en u hebt
328. een klein beetje slijtage in de
329. knieën (.) ehm dat zien we omdat dit
330. hier wat witter is die gewrichts-
331. spleet is hier aan de buitenkant wat
332. smaller dus dat klopt allemaal wel
333. dit is de rechterknie daar hebt u
334. eigenlijk precies hetzelfde beeld
335. ehm (2.3) alleen is het hier ja hier
336. nou dit ik vin links is slechter dan
337. rechts maar het scheelt niet [veel
338. hoor
339.P: [kijk
340. je dan naar die afstand tussen het
341. bot,
342.A: ja we kijken hier naar de afstand en
343. naar of we hier (sclerose)dat is ei-
344. genlijk wordt het bot dikker en dan
345. wordt het witter op de foto dus dat
346. valt aan deze kant wel mee
347. (1.0)

In fragment 21 is te zien dat de patiënt tijdens de diagnose fase meerdere vragen aan de arts stelt. Bijvoorbeeld: *'kijk je dan naar die afstand tussen het bot?'* in regel 339, *'en dat zie je slijtage aan op die witte reactie zeg maar op eh: op eh: die afstand?'* in regel 352 waarmee de patiënt vraagt om verduidelijking van de gevolgde procedure en (hoe weet je dat het zo is?), en in regel 361 de vraag *'maar heb je dan ook klachten?'* waarmee de patiënt de arts uitdaagt om de diagnose te koppelen aan de klachten die zij ervaart en impliciet aangeeft de diagnose van de arts in twijfel te trekken. De arts geeft op alle vragen van de patiënt antwoord en zet de diagnose meer kracht bij door de diagnose te koppelen aan het verhaal van de patiënt en het lichamenlijk onderzoek met *'maar de klachten die u aangeeft passen daar wel bij (.) passen ook bij uw foto (.) en passen ook bij*

uw onderzoek in regel 371. Hierna stelt de patiënt over deze diagnose geen vragen meer.

Fragment 21 (gesprek 1)

339.P: [kijk je dan naar die afstand
340. tussen het bot,
341.A: ja we kijken hier naar de afstand en
342. naar of we hier (sclerose)dat is ei-
343. genlijk wordt het bot dikker en dan
344. wordt het witter op de foto dus dat
345. valt aan deze kant wel mee (1.0)
346. gaan we hier nog even kijken (.) u
347. heeft achter de knieschijf ook een
348. beetje slijtage hier (.) dit is
349. rechts (1.0) en aan de linkerkant
350. (1.5) ook een beetje (2.0)
351.A: [u hebt
352.P: [en dat (.) en dat zie je slijtage
353. aan op die witte reactie ze[g maar
354. op eh: op eh: die afstand
355.A: [ja ja
356. jajaja ja hmmm en aan de
357. afstand (.) ja dat is het belang-
358. rijkste hHh uhm (2.0) u hebt begin-
359. nende slijtage van de knieën
360. (1.5)
361.P: maar heb je dan ook klachten?
362.A: ja (.) dat kan=
363.P: =altijd
364.A: ja dat kan heel goed (.) en de
365. klachten die u aangeeft passen daar
366. ook wel bij (.) als mensen meer
367. slijtage krijgen krijgen ze in rust
368. ook pijn en 's nachts ook pijn [en
369. wordt de knie ook stijf na het op-
370. staan en dat soort dingen
371.P: [ja
372.A: uhm: (.) maar de klachten die u aan-
373. geeft passen daar wel bij (.) passen
374. ook bij uw foto (.) en passen ook
375. bij uw onderzoek (.) en ik denk dat
376. aan de rechterkant dat het ook nog
377. wel eens een beetje uit de heuop
378. (.) heup zou kunnen komen (1.0) uhm
379. daar hebben we nu geen foto van (.)
380. dat maakt me ook niet zo heel veel
381. uit want voor het et et et uhm (.)

382. de behandeling (1.0) scheelt dat
383. niet=

In de diagnose fase stelt de arts na de eerder gestelde diagnose van de slijtage in de knieën een nieuwe diagnose *'dat het ook nog wel eens een beetje uit de heup zou kunnen komen'* (fragment 22, regel 376). Ook n.a.v. deze nieuwe diagnose stelt de patiënt een aantal vragen in regel 384 *'oh maar je dus dan is het feit dat die heup niet zo jofel loopt ga je dan anders lopen of hoe is hoe moet je dat moet je dat?'* waarmee de patiënt de arts wederom uitdaagt om de diagnose nader te verklaren. De arts geeft in regel 390 antwoord op de vragen van de patiënt en legt uit waarom hij denkt aan slijtage in de heup *'nee dat voelen mensen vaak in hun knie'*. Na deze verklaring van de arts zegt de patiënt *'oh ja?'* waarmee ze nogmaals om de bevestiging van de arts vraagt voor zijn verklaring en laat zien nog steeds niet helemaal overtuigd te zijn. De arts reageert op deze vraag met *'ja'* in regel 393 en geeft daarna in regel 395 nogmaals een voorbeeld/uitleg voor de gestelde diagnose. Uiteindelijk accepteert de patiënt de diagnose in regel 400 *'oh jaja'*. De arts initieert hierna in regel 408 de laatste fase van het gesprek, de behandelfase d.m.v. de uiting: *'wat we daar aan doen'*.

Fragment 22: (gesprek 1)

372.A: uhm: (.) maar de klachten die u aan-
373. geeft passen daar wel bij (.) passen
374. ook bij uw foto (.) en passen ook
375. bij uw onderzoek (.) en ik denk dat
376. aan de rechterkant dat het ook nog
377. wel eens een beetje uit de heup
378. (.) heup zou kunnen komen (1.0) uhm
379. daar hebben we nu geen foto van (.)
380. dat maakt me ook niet zo heel veel
381. uit want voor het et et et uhm (.)
382. de behandeling (1.0) scheelt dat
383. niet=
384.P: =oh maar je dus dan (.) is het (.)
385. feit dat di eeh: (.) heup niet zo
386. (.) jofel loopt ga je dan anders
387. lopen of hoe is hoe moet je [dat?
389. moet je dat?
390.A: [nee dat
391. dat voelen mensen vaak in hun knie
392.P: oh ja?

393.A: ja
394.P: oh=
395. A: =soms eh: heel vaak komen mensen ja
396. ik heb pijn in mn knie ik heb pijn
397. in mn knie en dan (.) draaien we es
398. aan die heup en dan zeggen ze ja
399. auhh: ja
400.P: oh:: jaja=
401.A: =ja=
402.P: =hmmhmm
403.A: uhm: (.) dat is bij u niet overdui-
404. delijk u hebt ook wel gewoon begin-
405. nende slijtage in de knieën hoor
406. maar misschien ook wel een beetje in
407. uw rechterheup (1.0) hHh uhm (1.5)
408. wat we daar aan doen (1.0) wij doen
409. altijd fysiotherapie (.) in beweging
410. blijven dat is het belangrijkste
411. hHh (1.0) en euh: (.) ze hebben bij
412. de fysiotherapeut daar wel program-
413. ma's voor (.) beweegprogramma's=

In de behandelfase geeft de arts fysiotherapie op als behandeling (fragment 23, regel 408) *'wij doen altijd fysiotherapie'*. De patiënt stelt in regel 414 een vraag aan de arts n.a.v. het behandelplan *'is dat anders dan dit offeh'* waarmee ze met het woord *'dit'* al aangeeft dat ze al fysiotherapie volgt/heeft gevolgd. De arts reageert op deze vraag in regel 415 met *'nee niet heel anders dan dat'* en gaat verder met het behandelplan *'als dat allemaal erger wordt dan kunnen we ook nog eens injecties in die knie geven'*.

Fragment 23 (gesprek 1)

403.A: uhm: (.) dat is bij u niet overdui-
404. delijk u hebt ook wel gewoon begin-
405. nende slijtage in de knieën hoor
406. maar misschien ook wel een beetje in
407. uw rechterheup (1.0) hHh uhm (1.5)
408. wat we daar aan doen (1.0) wij doen
409. altijd fysiotherapie (.) in beweging
410. blijven dat is het belangrijkste
411. hHh (1.0) en euh: (.) ze hebben bij
412. de fysiotherapeut daar wel program-
413. ma's voor (.) beweegprogramma's=
414.P: =is dat anders dan dit offeh:
415.A: hHh neeh:: (.) nee niet heel anders
416. dan dat hHh uhm (.) als dat allemaal

417. erger wordt dan kunnen we ook nog
418. eens injecties in die knie geven
419. hHh uh maar dat is nog wel weer een
420. stapje verder (5.0) heel goed

In fragment 24 wordt een gedeelte van de behandelfase weergegeven waarin de patiënt alternatieve behandelingen aandraagt. Hiermee laat ze zien dat ze de behandeling die de arts heeft voorgesteld niet direct accepteert. In regel 431 zegt ze *'daarvan hoor je ook wel eens de oplossing om dat gladder te maken op de een of andere manier'*. De arts weerlegt deze behandelmethode en onderbouwt dit vanaf regel 435 met *'nee ja ik begrijp wat u bedoelt'* en weerlegt het idee uiteindelijk in regel 450 *'maar dat kunnen we niet weg'*. De patiënt geeft een minimale respons op de reactie van de arts *'nee'* maar initieert in dezelfde beurt een vraag over de diagnose waarmee ze wederom laat zien te twijfelen aan de gestelde diagnose *'maar dat zou je gezien hebben op deze foto als dat rafels waren?'*. De arts reageert afwijzend op deze vraag in regel 456 met *'nee dat zien we niet op de foto'* en legt in dezelfde beurt uit hoe dat komt *'want op de foto zien we eigenlijk alleen maar bot'*. Hierna geeft de patiënt een luisterrespons *'ja'* en gaat de arts verder met uitleggen waarom de voorgestelde behandelmethode van de patiënt in dit geval niet opgaat. Als de arts in zijn verhaal het woord weghalen noemt reageert de patiënt daarop met *'ja weghalen'* in regel 468. Hierna vertelt de arts nogmaals dat deze behandelmethode niet opgaat in dit geval waarop de patiënt met een minimale respons reageert *'hm'*. In regel 477 zegt de arts *'dus een kijkoperatie in uw geval heeft geen zin'*. Door het woord *'dus'* blijkt dat de arts aan de hand van het voorgaande een conclusie geeft en dit onderwerp wil afsluiten.

Fragment 24 (gesprek 1)

415.A: hHh neeh:: (.) nee niet heel anders
416. dan dat hHh uhm (.) als dat allemaal
417. erger wordt dan kunnen we ook nog
418. eens injecties in die knie geven
419. hHh uh maar dat is nog wel weer een
420. stapje verder (5.0) heel goed
421.P: maar uhm: (.) ja
422.A: hHh (1.0) ik heb nu geen aanwijzing-
423. en dat u iets met de meniscus of zo
424. hebt (.)[want

425.P: [en dehh (.) want dat dat (.) beeld
426. heb je ook wel eens dat de de slij-
427. tage of eh:: (.) ruwheid hè van zon
428. hè [zon oppervlak
429.A: [ja is eigenlijk
430. [hetzelfde
431.P: [kun je (.) maar da- daar van je ho
432. hoor ook wel eens de: oplossing om
433. (1.0) dat gladder te maken op de een
434. of andere manier (1.0)
435.A: uhm: nee ja ik begrijp wat u bedoelt
436. (.) soms zien we als mensen bijvoor-
437. beeld een uh: (.) uhm (.) een trauma
438. hebben gehad de knie hebben ver-
439. draaid of iets of de meniscus is ka
440. pot (.)hHh dan krijg je rafels (.)
441. uhm en die kunnen we wel es met een
442. kijkoperatie weg uhh: (.) shaven
443. noe[men we dat
444. P: [hmmhmm
445. A: bij (.) slijtage is het kraakbeen
446. echt uh: wordt gewoon van mindere
447. kwaliteit en minder dik=
449.P: =hmm=
450.A: =maar dat kunnen we niet weg (.)
451. niet (.)[niet
452.P: [nee maar dat zou je [gezien
453. hebben op deze foto als dat rafels
454. waren?
455.A: [glad
456. maken nee dat zien we niet op de fo
457. to want dat eh: op de foto zien we
458. eigenlijk alleen maar bot
459.P: ja
460.A: uhm: dus dat zien we niet (.) maar
461. dat is eigenlijk vaak in combinatie
462. met een meniscus probleem (1.8) en
463. niet zozeer bij slijtage (0.5) en
464. als het al bij slijtage is (.) en we
465. halen dat weg dan wordt het eigen
466. lijk alleen maar erger
467. want dan maak je meer kapot
468.P: ja weghal[en
469.A: [ja (0.4) das zonde (1.0)
470. we moeten niks aan kraakbeen doen
471. wat wat een beetje beschadigd is ten
472. als je daar wat aan gaat doen dan

473. raakt het vaak alleen maar meer be-
474. schadigd
475. (3.0)
476.P: hm
477.A: hHh dus een een kijkoperatie in uw
478 (.) eh: geval heeft geen zin (1.0)

In fragment 25, regel 479, begint de patiënt weer over de gestelde diagnose en of alle onderzoeksmethoden wel zijn toegepast om de diagnose op te kunnen baseren *'en je hebt ook het idee met zo'n röntgenfoto dat je daar alle relevante dingen op ziet'*. In dezelfde beurt, voordat de arts antwoord heeft gegeven op de vraag over de röntgenfoto's begint de patiënt weer over andere onderzoeksmethodes *'want vaak heb je nog andere technieken'*. In regel 505 vertelt de arts waarom hij geen verder onderzoek gaat doen *'dus vandaar dat het dan ook niet zo geel veel zin heeft om een mri te maken'*. Na een lange stilte initieert de arts in regel 512 de behandelfase met *'oefenen, in beweging blijven'*.

Fragment 25 (gesprek 1)

479.P: nee en je hebt oh ook het idee met
480. zon röntgen foto dat dat (.) dat je
481. daar alle alle relevante eh: dingen
482. op ziet, (.) hè want [vaak heb je
483. nog andere technieken om het
484.A: [nou het is
485. combinatie van hè ja het is een com-
486. binatie van als ik bijvoorbeeld had
487. gedacht van u hebt iets aan uw me-
488. niscus (0.5) dan kunnen we nog een
489. mri si- maken om de weke delen zeg
490. maar te zien hè dus niet de botten
491.P: ja
492.A: uhm maar ik heb daar bij uw onder-
493. zoek en uw verhaal helemaal geen
494. aanwijzingen voor (0.5) dan zakken
495. mensen echt door hun knie in uh:
496. heen dan zit ie echt echt op slot
497. dat soort dingen [dan knakt ie als
498. ze door de hurken gaan bijvoorbeeld
499.P: [oja
500.A: uhm dus daar heb ik in uw verhaal en
501. vooral met onderzoek geen aanwijzin-

502 gen voor dat er iets met de meniscus
503. [is
504.P: [hmm
505.A: dus vandaar dat het dan ook niet zo
506. heel veel zin heeft om een mri te
507. maken
508. (1.5)
509.P: ja
510. (12.0) (patiënt schrijft informatie
511. op)
512.A: uhm (1.0) oefenen (0.5) in beweging
513. blijven

In tegenstelling tot het *'goed beoordeelde'* gesprek gaat de patiënt in dit gesprek vaak in op wat de arts als behandelmethode aandraagt. In fragment 26 bijvoorbeeld in regel 514. De arts zegt dat de patiënt moet oefenen en in beweging moet blijven. De patiënt reageert hierop met *'maar dat vind ik dus het vage van wat is nou verstandig'*. De patiënt geeft aan dat ze meer duidelijkheid wil als het gaat om wat verstandig is om te doen als het gaat om opbouwen en oefeningen doen. In regel 520 gaat de arts in op de vragen van de patiënt over het opbouwen en de oefeningen maar in regel 532 laat de patiënt blijken het nog steeds niet te snappen *'maar wat uhm noem eens een voorbeeld van wat voorzichtige'*. Er volgt een stuk waarin de uitingen van de arts en van de patiënt elkaar vaak overlappen, ze interrumperen elkaar vaak. Uiteindelijk vertelt de arts in regel 540 specifiek welke sporten/oefeningen de patiënt kan beoefenen/doen *'maar fietsen is een goed plan, zwemmen is een goed plan op de hometrainer is een goed plan dat soort dingen en daarbij deze spierversterkende oefeningen'*. Nadat de arts dit heeft gezegd begint de patiënt over het lopen wat ze niet goed kan. De arts reageert met luisterresponses *'ja'* en geeft daarna nogmaals aan dat de patiënt niet geforceerd moet gaan lopen waarna hij in regel 571 *'en heel veel meer kan ik op dit moment niet voor u doen'* zegt waarmee hij het einde van de fase initieert.

Fragment 26 (gesprek 1)

512.A: uhm (1.0) oefenen (0.5) in beweging
513. blijven
514.P: maar dat vind ik dus uh et et het
515. vage van euh:: je-wa- wat wat wat is
516. nou verstandig als je:: hè want ik
517. doe dit [en dan (.) een gegeven mo-

518. ment dan krijg ik wel last dan dan
 519. weer niet
 520.A: [ja dat is verstandig ja
 521.P: als je dan eh: ehm: geen last hebt
 522. is het dan verstandig om het op te
 523. bouwen en uit te breiden meer steeds
 524. meer of [of juist
 525.A: [hmm
 526. ja maar he:el voorzichtig (.) u moet
 527. het hee::l langzaam opbouwen (2.0)
 528. want de kans dat u teveel doet als u
 529. geen klachten hebt is is gewoon wel
 530. echt aanwezig (2.5) ja (.) das be-
 531. langrijk
 532.P: maar wa- wat wat wat uhm: (.) noem
 533. eens een voorbeeld van euh: van wat
 534. voorzichtigeh: hh Hhh::
 535.A: poehf:: ja weet j- weet [u wat het
 536. irritante is::
 537.P: [is dat met
 538. minuten uitbreiden van lopeh: offeh:
 539. kilometers van fietsen [of:
 540.A: [ja nou
 541. hardlopen is sowieso geen goed plan
 542.P: nee dat maar goed i- ik kan maar een
 543. paar minuten lopen dus [ik vi-
 544.A: [ja dus
 545. dat moet u niet[doen
 546.P: [ja
 547.A: maar fietsen is een goed plan (.)
 548. zwemmen is een goed plan op de home
 549. trainer is een goed plan (.) euh:
 550. dat soort dingen en daarbij deze
 551. spierversterkende oefeningen
 552.P: maar het lopen is hetgene wat mij
 553. echt eh: eh: ja ja geha- gehandicapt
 554. [maakt vinnik he
 555.A: [ja ja=
 556.P: =en da (1.5) maar dat (1.0) dat is
 557. niet iets waarvan je zegt van nou
 558. dat moet je juist (0.5) [ook een
 559. beetje oppakk-
 560.A: [nee ik zou
 561. juist die andere dingen doen [om de
 562. spieren sterker te maken om dan

563. beter te
 564.P: [hm
 565. mhmm hmm
 566.A: kunnen lopen maar u moet niet (.)
 567. geforceerd gaan lopen (1.5) dat moet
 568. u niet doen
 569. (3.0)
 570.P: hmm
 571.A: en heel veel meer (.) kan ik op dit
 572. moment niet voor u doen (1.0) en das
 573. hartstikke vervelend

In fragment 27 valt een lange stilte (regel 578). Na deze stilte begint de patiënt wederom over een alternatieve behandelmethode 'wat is een moment dat je die opties die hierlabonzuur injecties bijvoorbeeld zou moeten overwegen' in regel 579. De arts geeft in regel 587 antwoord op deze vraag 'als de fysiotherapie niet helpt' waarop in regel 588 een minimale respons van de patiënt volgt 'hmm'. Hierna geeft de arts een uitgebreider antwoord vanaf regel 590. In regel 597 valt vervolgens een lange stilte waarin de arts een verwijfsbrief aan het typen is voor de fysiotherapeut. Na deze stilte komt de arts terug op de fysiotherapie 'dus hiberdink, is een ja daar hebben wij gewoon hele goeie ervaringen mee'. Vanaf regel 602 begint de arts met het afsluiten van de laatste fase 'dus ik zou daarheen gaan als ik u was' en in regel 608 'en dan zien wij u hier over drie maanden terug om te kijken of dat nut heeft gehad'. De patiënt accepteert dit door te reageren met 'oke' in regel 611.

Fragment 27 (gesprek 1)

575.P: [naar mogelijkheden dan (.)de huis
 576. arts
 577.A: hmmmhmm (1.0) ja huisartseh: ja hmm
 578. (17.0) (arts schrijft)
 579.P: ja wat is een moment (.) oja je bent
 580. aan het schrijven (.) sorry=
 581.A: =nee vraag maar
 582.P: dat je:: die sug- die die opties van
 583. uh:: (1.0) die hierlabonzuur injec-
 584. ties bijvoorbeeld zou moeten overwe
 585. gen [want wat hebben jullie daar
 586.A: [ja

87. als de fysiotherapie niet helpt
 588.P: hmm
 589. (1.0)
 590.A: en als u veel klachten hebt (1.0)
 591. want dat is een goed middel maar het
 592. is ook wel weer (2.0) euhm: (2.5)
 593. als u het zelf kunt is t beter (6.0)
 594. en dat moeten we ook weer niet
 595. te vaak doen want dan is dan kan t
 596. ook weer juist t eh: kraakbeen
 597. beschadigen (25.0) (arts schrijft)
 598. dus hilberdink is een eh: (1.5) ja
 599. daar hebben wij gewoon hele goeie
 600. ervaringen mee
 601.P: hmm
 602.A: dus ik zou daarheen gaan als ik u
 603. was (.) want volgens mij bent u qua
 604. fysiotherapie daar aan het beste (.)
 605. be[ste adres
 606.P: [ja
 607. (1.5)
 608.A: ja (1.0) en dan (.)zien wij u hier
 609. over drie maanden terug (.) om te
 610. kijken of dat (.) nut heeft gehad
 611.P: oke

Opvallend is dat in een ander 'minder goed beoordeeld' gesprek, waarin de patiënt ook direct in het begin van het gesprek de diagnosefase initieert, hij dit later ook op verschillende punten gedurende het gesprek herhaalt. De patiënt accepteert de diagnose van de arts niet direct maar in plaats daarvan wordt er onderhandeld. In fragment 28 wordt een gedeelte van de behandelfase van dit gesprek weergegeven waar ook een onderhandeling plaats vindt tussen de arts en de patiënt over de behandeling net als in het eerste 'minder goed beoordeelde' gesprek. In dit gesprek brengt de patiënt ook zelf alternatieve behandelmethoden in nadat de arts heeft verteld dat er niet veel te doen is aan de klachten van de patiënt. In regel 407 geeft de patiënt alternatieve behandelmethoden: *'oke bijwerken of zo bijslipen'* wat de arts gelijk weerlegt met *'nee dat is allemaal nee'* in regel 408. De patiënt accepteert het antwoord van de arts met *'nee'* en komt daarna met nog een andere behandelmethode in regel 409 *'ik had een voorstel gedaan ook om eh bepaalde vloeistof der in te spuiten wat der ook in een knieën wat ook voor knieën ge-*

bruikt wordt' maar ook dit idee wordt weerlegt door de arts *'daar is absoluut geen wetenschappelijk bewijs voor dat dat zinvol is in de schouder'* in regel 416. Ook deze afwijzing van de arts accepteert de patiënt in eerste *instantie 'nee oke'* maar in dezelfde beurt gaat hij toch door op deze behandeling omdat een vriend van hem deze behandeling ook heeft gehad in zijn knieën waarbij het wel hielp. Vanaf regel 425 legt de arts aan de patiënt uit dat dit voor hem geen zin heeft waarop de patiënt met luisterresponses reageert. In regel 429 initieert de arts de afsluiting van de behandelfase met *'dus dat zou mijn voorstel zijn'*. De patiënt accepteert deze initiëring in regel 425 met *'oke'*.

Fragment 28 (gesprek 2)

397.P: oke ja der moet toch wat aan te doen
 398. zijn tuurlijk want kan toch niet zo
 399. zijn dat ik eh
 400.A: ja je kunt een prothese plaatsen
 401. maar daar bent u veel te jong voor
 402.P: ja
 403.A: die gaat los zitten op den duur ja
 404. dan (.) dan bent u nog steeds heel
 405. jong dat is eigenlijk geen goeie op-
 406. tie voor u
 407.P: oke bijwerken of zo bijslijpen eh
 408.A: nee dat is allemaal nee
 409.P: nee, ik had een voorstel gedaan ook
 410. om eh bepaalde vloeistof der in te
 411. spuiten wat der ook in een kniee wat
 412. ook vo[or knieën gebruikt wordt
 413.A: [ja
 414. ja daar zijn geen eh (sintes)
 415.P: ja
 416.A: ja daar is d- d- daar is absoluut
 417. geen wetenschappelijk bewijs voor
 418. dat dat zinvol is eh in de schouder
 419.P: nee oke maar een eh- eh- vriend van
 420. mij uit den haag heeft dat in de
 421. knieën laten doen
 422.A: ja,
 423.P: dus want dat is eh die is aanzien
 424. lijk beter verbeterd daarmee
 425.A: ja voor de knieën is daar wel enig
 426. bewijs
 427.P: ja
 428.A: voor de: schouder niet (3.2)ehm

429. (5.8) dus dat zou mijn voorstel zijn
430.P: oke dat eh

4.2.5 DEELCONCLUSIE

Aan de hand van de bovenstaande analyse kan er nu een deelconclusie worden geschreven over het 'minder goed beoordeelde' gesprek. In tabel 11 wordt weergegeven hoe de fases verlopen gedurende het gesprek. Daarnaast wordt vermeld wie de fases initieert.

Uit de tabel valt een aantal dingen op te maken. Het eerste dat opvallend is aan dit 'minder goed beoordeelde' gesprek is dat de patiënt relatief veel initiatief toont als het gaat om het initiëren van nieuwe fases. Daarnaast is het opvallend dat vrij in het begin van het gesprek de diagnosefase al wordt geïnitieerd door de patiënt maar dat deze fase daarna op verschillende momenten nog vaker terugkomt en steeds wordt geïnitieerd door de patiënt. Ook de behandel-fase wordt vrij snel in het gesprek begonnen door de patiënt en ook deze fase komt een aantal keer terug gedurende het gesprek op initiatief van de patiënt. Er vindt gedurende dit gesprek een zeker competitie plaats tussen de arts en de patiënt als het gaat om in welke fase het arts/patiënt gesprek zich bevindt. Naast deze competitie 'tussen de fases' is er aan de hand van de uitgevoerde analyse ook een zekere competitie 'binnen de fases' aan te tonen. In de diagnose fase en in de behandel-fase hebben beide deelnemers het wel over óf de diagnose óf de behandeling alleen vindt er een zekere onderhandeling plaats over deze twee onderwerpen.

Deze competitie kan ook wel topic competitie worden genoemd. Deze topic competitie wordt dus, zoals in bovenstaande al beschreven is, onderverdeeld in twee categorieën:

- Topic competitie tussen de fases (wanneer prat en we erover)
- Topic competitie binnen de fases (waar praten we over)

De patiënt initieert dus al vrij vroeg de diagnosefase en de behandel-fase maar de arts gaat hier niet op in en geeft enkel een minimale respons om daarna weer een vraag te stellen die ervoor zorgt dat het gesprek weer terugkeert naar de history-taking fase. Waar we in het 'goed beoordeelde' gesprek zagen dat de arts alle fasen initieert en de

Fase	Regel	Geïnitieerd door
1	11 tot 29	Arts
3	30 tot 33	Patiënt
4	34 tot 38	Patiënt
2	39 tot 41	Arts
3	42 tot 45	Patiënt
2	46 tot 57	Arts
4	58 tot 73	Patiënt
2	74 tot 86	Arts
3	87 tot 91	Patiënt
2	92 tot 107	Arts
3	108 tot 110	Patiënt
2	111 tot 160	Arts
3	161 tot 173	Patiënt
2	174 tot 275	Arts
3	276 tot 281	Patiënt
2	282 tot 294	Arts
3	295 tot 321	Patiënt
3	322 tot 375	Arts
4	375 tot 405	Arts
3	406 tot 414	Patiënt
4	414 tot 424	Arts
3	425 tot 440	Patiënt
4	441 tot 637	Arts

Tabel 11 Faseverloop en –initieering 'minder goed beoordeeld' gesprek.

patiënt deze initiëringen accepteert blijkt dat in dit gesprek anders te gaan. In dit gesprek worden de overgangen regelmatig geïnitieerd door de patiënt maar deze worden echter bijna nooit door de arts geaccepteerd. In plaats van mee te gaan in de fasering zoals die door de patiënt wordt voorgesteld houdt de arts zich vast aan de standaard fasering en zorgt hij dat hij met zijn volgende beurt terug gaat naar de vorige fase (meestal de history-taking fase). Wat daarnaast opvallend is vergeleken met het 'goed beoordeelde' gesprek is dat de patiënt binnen de fases ook veel

initiatief neemt als het gaat om het stellen van vragen. In het ‘goed beoordeelde’ gesprek stelde voornamelijk de arts vragen en accepteerde de patiënt de diagnose en het behandelplan maar in dit gesprek stelt de patiënt veel vragen gedurende deze twee fases en lijkt hij de diagnose en het behandelplan niet direct te accepteren. Om duidelijk te krijgen hoe de patiënt de diagnosefase en het behandelplan steeds terug laat komen zal in de volgende paragraaf een analyse worden toegepast op deze twee onderwerpen.

4.3 TERUGKERENDE TOPICS

In de bovenstaande deelconclusie werd duidelijk dat de patiënt al vrij aan het begin van het ‘minder goed beoordeelde’ gesprek de diagnosefase en de behandelplan fase initieert. Niet alleen initieert de patiënt heel vroeg in het gesprek de diagnosefase en de behandelplan fase, ook worden deze fases daarna gedurende het gesprek nog vele malen geïnitieerd door de patiënt. Dit kan verklaard worden doordat in dit ‘minder goed beoordeelde’ gesprek de patiënt al met een duidelijke vraag over de diagnose en het behandelplan naar het consult toe is gekomen en dit dan ook in de klachtbesprekingsfase al duidelijk maakt. De patiënt komt dus met een duidelijk doel naar het consult en wil direct door naar deze fase maar de arts houdt zich vast aan de vaststaande fasering van het arts/patiënt gesprek. In de volgende analyse van het ‘minder goed beoordeelde’ gesprek zal worden bekeken hoe de patiënt deze topics steeds weer aanhaalt en wat de reactie van de arts hierop is.

4.3.1 DIAGNOSE

In de klachtbesprekingsfase van het ‘minder goed beoordeelde’ gesprek geeft de patiënt het doel van haar komst weer. Wat er in die beschrijving duidelijk wordt is dat de patiënt wil weten of de diagnose die gesteld is zeker is. In fragment 29, regel 34 zegt ze ‘*dus ik ben op zoek naar wat meer houvast in wat ik of ik nou precies de diagnose heb gekregen die he, is dat zeker is dat duidelijk*’. De arts geeft hierop in regel 40 een minimale respons ‘*ja*’ maar begint daarna aan de history-taking fase door de vraag ‘*sinds hoe lang hebt u al last van de knieën?*’ in regel 48 zonder echt in te gaan op wat de patiënt zei over de eerder gestelde diagnose.

Fragment 29

22. P: ja ik heb last [van mijn knieën
 23. A: [ja ja
 24. P: en ik weet et niet ik dacht eh het
 25. liefste ben ik eh op een plek waar
 26. men zo veel mogelijk overzicht heeft
 27. van de mogelijkheden en d[e proble-
 28. men [met knieën
 29. A: [ah joh [ja
 30. ja
 31. P: want ik voel een beetje een leegte
 32. voor me zo van ja ja he
 33. A: we we[ten het
 34. P: [zoek het maar eh doe maar dus
 35. ik ben op zoek naar wat meer hou
 36. vast in wat ik of ik (.) nou precies
 37. de diagnose heb (1.0) eh gekregen
 38. die (.) he [is dat zeker is dat dui-
 39. delijk
 40. A: [ja
 41. P: eh wat kan ik doen om eh d- die
 42. knie sterker te maken wat moet ik eh
 43. doen als het gaat om (.) dingen wel
 44. doen niet doen opbouwen he dat
 45. soort zaken
 46. A: ja
 47. P: du[s eh
 48. A: [ja ja sinds hoe lang hebt u
 49. al last van de knieën?

In fragment 30 is te zien dat de patiënt antwoord geeft op de vraag ‘*sinds hoe lang hebt u al last van de knieën?*’ van de arts in regel 44 en daarna in dezelfde beurt weer over een eerder gestelde diagnose begint ‘*toen was het beeld dat het de knieschijven, achterkant van de knieschijven betrof*’ in regel 49. De arts geeft wederom een minimale respons op deze eerder gestelde diagnose in regel 53 ‘*oh ja*’ en gaat daarna weer verder met de history-taking fase door een nieuwe vraag te stellen in regel 53 ‘*en allebei de knieën?*’.

Fragment 30

44. A: [ja ja sinds hoe lang hebt u
 45. al last van de knieën?
 46. P: nou ik heb eh eigenlijk sinds novem-
 47. ber last maar een jaar of zes gele-
 48. den toen had ik ook een paar maal

49. opeens last van de knieën toen was
 50. het beeld dat het de knieschijven
 51. e[h: ach[terkant van de knieschijven
 52. betrof
 53. A: [oh ja en allebei
 54. de kniee?

Fragment 31 laat zien dat in de history-taking fase van het gesprek de arts een Wh-vraag over de locatie van de pijn stelt in regel 80 *'en waar zit de pijn?'*. De patiënt beantwoordt deze vraag in regel 88 door te beginnen over het soort pijn *'ja stijf is het'* wat een non-conforming antwoord is op de vraag van de arts. Ook in dit fragment komt de patiënt met een diagnose, dit keer een leek-diagnose in regel 97 *'dat kan ook een soort van compensatie zijn denk ik'*. Op deze leek-diagnose uit de arts een luisterrespons en stelt daarna een vraag in regel 102 die het gesprek weer in de history-taking fase terugbrengt *'allebei de knieën is allebei bij allebei hetzelfde?'*

Fragment 31

80. A: en waar zit de pijn?
 81. P: nou ehm (.) ik geprobeerd denken wat
 82. want het is best wel lastig om o[p
 83. te schrijven van wat wat voel je nou
 84. he dus eh::
 85. A: [ja-
 86. ha
 87. P: even kijken hoor wat had ik nou ook
 88. alweer voor mezelf eh e:h ja stijf
 89. is het
 90. A: ja,
 91. P: en dan krijg ik een soort spierpijn-
 92. achtig gevoel een beetje scheuten
 93. tijdens het lopen hè die dan naar de
 94. bovenbenen gaan he die pezen en soms
 95. is dat ook heel strak
 96. A: h[mm
 97. P: [die pezen °ja° dat kan ook een
 98. soort van compensatie zijn denk ik
 99. A: ja
 100. P: he dus en dan niet goed bewegen die
 101. stap niet afmaken op slot schieten
 102. A: allebei de knieën is allebei bij al-
 103. lebei hetzelfde?

In de history-taking fase valt na een antwoord van de patiënt op de vraag van de arts of de knie instabiel is een korte stilte van ongeveer 1.5 seconde (zie fragment 32, regel 107). De patiënt geeft hierna een constatering/leek-diagnose in regel 108 *'en wat ik dus merk ik dat he met die kniebelasting als ik daar druk dat dat de boel dus het meest verergert'*. De arts geeft hierop een minimale respons *'hmm, ja'* en stelt daarna weer een vraag over de locatie van de pijn in regel 113 waardoor de history-taking fase weer wordt hervat *'en zit de pijn aan de voorkant of aan de zijkant van de knie?'*. Op deze alternatieve vraag geeft de patiënt een non-conforming antwoord *'jaa ook wel eens aan de achterkant'*. Hierna vraagt de arts in regel 117 nogmaals naar waar de pijn zit door de ja/nee vraag *'rondom?'* waar de patiënt dan uiteindelijk in regel 118 een passend antwoord op geeft.

Fragment 32

103. A: ehm dat u het gevoel heeft dat het
 104. instabiel is dat u zeg maar zo der
 105. doorheen zwikt,
 105. P: nee dat geloof ik niet nee
 106. A: oke
 107. (1.5)
 108. P: en wat ik dus merk is dat he dat met
 109. die eh (.) kniebelasting als ik daar
 110. druk dat dat de boel dus het meest
 111. vers verergert zeg maar [°dus eh°
 112. A: [hmm
 113. (.) ja en zit de pijn aan de voor-
 114. kant of aan de zijkant van de knie?
 115. P: jaa ook wel eens aan de achterkant
 116. °het is [niet zo°
 117. A: [rondom?
 118. P: ja
 119. (1.5)

Verderop in de history-taking fase van het gesprek begint de arts over de fysiotherapie die de patiënt heeft gevolgd (fragment 33, regel 153) *'en sinds wanneer hebt u die fysiotherapie?'*. De patiënt geeft antwoord op deze vraag in regel 155 *'eh ik ben daar in januari of zo mee begonnen maar ik heb nu ik doe nu gewoon de oefeningen ik ga daar niet heen'*. Op dit antwoord van de patiënt reageert de arts met een ja/nee vraag *'ja, helpt dat?'*. De patiënt geeft hier geen passend antwoord op en begint in regel 166 wederom over

een eerder gestelde diagnose, deze keer de diagnose van de fysiotherapeut *'want die eerste fysiotherapeute die zei van je hebt een dobberende knieschijf'*. De arts reageert op deze uiting van de patiënt met een aantal minimale responses *'hm, ja'* maar gaat verder niet in op de eerder gestelde diagnose die de patiënt aanhaalt. In plaats daarvan stelt hij een volgende vraag om verder te gaan met de history-taking fase *'bent u verder goed gezond?'* in regel 184.

Fragment 33

152.A: [°fysio° oke
153. en sinds wanneer hebt u die fysio
154. therapie?
155.P: eh:: ik ben daar januari of zo mee
156. begonnen maar ik heb nu ik doe nog
157. gewoon de oefeningen ik ga daar niet
158. heen
159.A: ja (.) helpt dat?
160.P: geen idee (.) ik heb ook bandjes
161. weet ook niet of die helpen
162.A: o ja a
163.P: dat eh was die sport eh he deze
164.A: ja
165.P: omdat het toch misschien toch met eh
166. want die eerste fysiotherapeute die
167. zei van ik je hebt een dobberende
168. knieschijf of hè dat beetje toch
169. [wat eh los
170.A: [°hm° ja
171.P: en ehm
172.A: ja [(onverstaanbaar-)
173.P: [TOEN heeft ze me ook getaped dat
174. von ik niet dat dat hielp maar ik
175. denk tis toch een beetje baadt het
176. niet dan schaadt het niet
177.A: ja is ook zo
178.P: maar ik ben dan niet wetenschappe-
179. lijk genoeg dat ik denk dan weet ik
180. die kant en weet ik die kant [en wat
181. is het verschil
182.A: [ja
183. neeh das niet erg das niet erg (.)
184. bent u verder goed gezond?

In fragment 34 is de arts begonnen aan het lichamenlijk

onderzoek en ook in deze fase van het gesprek begint de patiënt over een eerdere diagnose. Dit doet ze in regel 281 *'leek een beetje een reactie op die op het slecht lopen'*. De arts reageert in regel 284 met *'ja kan heel goed, ja dat kan heel goed hoor'* maar doet verder geen onderzoek naar het 'slecht lopen' van de patiënt en gaat verder met het lichamenlijk onderzoek *'hier pijn?'* in regel 288.

Fragment 34

272.A: neuh zo is goed (.) pijn als ik hier
273. duw?
274.P: is wel eens wel zo geweest dat die
275. zee[- die pees daar [eh
276.A: [oke
277. [hmm
278. ja en aan de[ze kant?
279.P: [de fysio-
280. therapuit heeft dat een beetje ge-
281. masseerd maar dat was eh was eh leek
282. een beetje een reactie op die op
283. het slecht (.) [lopen
284.A: [ja kan heel goed ja
285. dat kan heel goed hoor
286.P: (kan heel vaak) zelf verder was et
287. eh
288.A: hier pijn? (5.0)

Zoals in bovenstaand fragment te zien was, gaat de arts niet verder in op de diagnose van de patiënt: het slecht lopen. In het fragment 35 sluit de arts het lichamenlijk onderzoek af in regel 294 *'mag u zich aankleden dan tover ik de foto's tevoorschijn'*. Hierna is het ongeveer 22 seconden stil. Hierna komt de patiënt terug op het 'slecht lopen' in regel 299 *'de houding van het eh lopen het afwikkelen is dat kun je dat hier nog mee bekijken?'*. De arts zegt dat de patiënt dan weer een stukje moet lopen. De patiënt draagt een aantal redenen aan waarom ze denkt dat ze verkeerd loopt vanaf regel 310 *'de sportarts die zei van misschien is het een kwestie van ehm dat je dat toch een beetje asymmetrisch doet en zie het alleen aan de slijtage van de schoenen altijd dat het wat aan de buitenkant is'*. De arts weerlegt de theorie van de patiënt in regel 323 *'das heel goed juist dat het een beetje aan de buitenkant is'*. Op deze reactie van de arts reageert de patiënt met een vraag die eigenlijk ook een leek-diagnose bevat *'kan het niet zo zijn dat je daarmee een deel van je knie meer belast dan de ander?'*. Op deze vraag

die eigenlijk een leek-diagnose bevat geeft de arts een antwoord *'nee, eigenlijk loopt iedereen over de buitenkant van zn voeten'*. De patiënt accepteert dit antwoord met *'oke'* waarop de arts nogmaals ontkracht dat er iets mis zou zijn met de voeten van de patiënt: *'nee, uw voeten zijn goed'*. Hiermee sluit de arts het lichamenlijk onderzoek dat door de patiënt was geïnitieerd af en kan weer door naar de diagnose fase.

Fragment 35

293.A: ja soms wel ik doe de tafel omlaag
294. zo (1.8) ja (.) mag u zich aankleden
295. dan tover ik de foto's tevoorschijn
296. (geluid van typen, papieren hand-
297. doekje en koffie kopje)
298. (21.7)
299.P: de houding van het eh lopen het af-
300. wikkelen is dat kun je dat hier nog
301. mee bekijken is dat eh
302.A: ja dat kan ik ha[ha
303.P: [tenminste
304.A: dan moet je weer een stukje lopen
305.P: als je het hebt over ik kan ook zelf
306. wel merken hoe ik mijn voeten e[h
307.A: [ja
308. laat maar eens zien
309.P: eh afwikkel en [eh
310. de SPORTARTS [die zei van
311.A: [moet u even [de
312. broekspijpen een beetje omhoog doen
313.P: misschien is het een kwestie van ehm
314. dat je dat toch een beetje asymme-
315. trisch doet
316.A: ja
317.P: eh ben ik mezelf niet van bewust
318. hoor maar
319.A: eh j[a
320.P: [zie het alleen aan de slijtage
321. van de schoenen altijd dat het wat
322. aan de buitenkant is
323.A: ja dat klopt hoor das heel goed
324. juist dat het een beetje aan de bui-
325. tenkant is
326.P: kan het niet zo zijn dat je daarmee
327. een deel van je knie meer belast dan
328. de ander?

329.A: nee eigenlijk loopt iedereen over de
330. buitenkant van z'n voeten
331.P: oke
332.A: nee dat is wel prima (.) u hebt een
333. klei:::n beetje platvoeten maar dat
334. valt wel mee dat valt wel mee (.)
335. nee uw voeten zijn goed hehe

4.3.2 BEHANDELING

Naast dat de patiënt in de klachtpresentatie al begint over een eerder gestelde diagnose vertelt ze hier ook al dat ze komt voor meer duidelijkheid over het behandelplan wat ze nu moet gaan volgen. Ze heeft het over 'opbouwen' in haar klachtbeschrijvingen. Dit woord komt op meerdere momenten in het gesprek terug. Hieronder wordt weergegeven op welke momenten dit gebeurt en hoe de arts hier mee omgaat.

Fragment 36 vindt plaats in de klachtpresentatie fase. De arts vraagt aan de patiënt *'u hebt last van de knieën?'* De patiënt reageert hier bevestigend op en breidt daarna haar antwoord uit met het doel van haar bezoek. Hier begint ze in regel 41 over het opbouwen van de oefeningen *'wat moet ik doen als het gaat om dingen wel doen niet doen opbouwen hè dat soort zake'* terwijl de behandelfase pas later in gesprek aan de orde zou moeten komen volgens de theorie van Byrne en Long (1976) en de arts zou deze fase initiëren i.p.v. de patiënt. De arts gaat niet in op wat de patiënt zegt over het opbouwen maar geeft slechts een minimale respons *'ja'* en beëindigt daarna de klachtbespreking fase door de history-taking fase te initiëren met: *'sinds hoe lang hebt u al last van de knieën?'* in regel 48.

Fragment 36

22. P: ja ik heb last [van mijn knieën
23. A: [ja ja
24. P: en ik weet et niet ik dacht eh het
25. liefste ben ik eh op een plek waar
26. men zo veel mogelijk overzicht heeft
27. van de mogelijkheden en d[e proble-
28. men [met knieën
29. A: [ah joh [ja
30. ja
31. P: want ik voel een beetje een leegte
32. voor me zo van ja ja he

33. A: we we[ten het
 34. P: [zoek het maar eh doe maar dus
 35. ik ben op zoek naar wat meer hou
 36. vast in wat ik of ik (.) nou precies
 37. de diagnose heb (1.0) eh gekregen
 38. die (.) he [is dat zeker is dat dui-
 39. delijk
 40. A: [ja
 41. P: eh wat kan ik doen om eh d- die
 42. knie sterker te maken wat moet ik eh
 43. doen als het gaat om (.) dingen wel
 44. doen niet doen opbouwen he dat
 45. soort zaken
 46. A: ja
 47. P: du[s eh
 48. A: [ja ja sinds hoe lang hebt u
 49. al last van de knieën?

In de history-taking fase van dit gesprek stelt de arts een vraag over de regelmatigheid van de pijn in de knieën: *'en is dat er altijd?'* (fragment 37, regel 55). Eerst geeft de patiënt een antwoord op deze vraag in regel 56 *'eh t wisselt hoeveel last ik der van heb'* en daarna begint ze weer over het opbouwen in regel 59 *'in de winter had ik een periode dat ik dacht ik kan het wel wat opbouwen'*. Hier gaat de arts ook niet echt in op wat de patiënt vertelt over het opbouwen *'oh ja'* maar stelt een nieuwe vraag om het initiatief van de history-taking fase weer terug te winnen *'hoe ver kunt u lopen?'* regel 81.

Fragment 37

55. A: en is dat er altijd?
 56. P: eh t wisselt hoeveel last ik der van
 57. heb
 58. A: hmm
 59. P: en ik heb eh (1.0) nou ja (.) in de
 60. winter had ik een periode dat ik
 61. dacht ik kan het wel wat opbouwen
 62. wat meer lopen wat schaatsen wat
 63. meer fietsen en eh maar dat (1.0) t
 64. is op t ogenblik vlak voor de zomer
 65. heb ik wat veel op m'n knieën gedaan
 66. aan de vloer in de was zetten
 67. A: hmm
 68. P: daar kon ik eigenlijk geen stap meer
 69. zetten toen heb ik wel gaan fietsen
 70. maar

71. A: ja
 72. P: t- terwijl het fietsen ging dan ma-
 73. tig zeg ma[ar
 74. A: [hmm
 75. P: ook op halve kracht H[hh
 76. A: [°ja°
 77. P: maar het lopen ondertussen werd niet
 78. beter dus dat was met de fiets naar
 79. het toiletgebouw van de camping zal
 80. °k [maar zegge°
 81. A: [oh ja °oh ja° hoe ver
 82. kunt u lopen?
 83. P: nou nu zit ik een beetje op een (.)
 84. tien minuten of zo

In de behandelfase geeft de arts in regel 476 aan wat de patiënt nu moet doen *'oefenen, in beweging blijven'*. In regel 485 begint de patiënt weer over het opbouwen *'als je dan geen last hebt is het dan verstandig om het op te bouwen'*. In dit fragment geeft de arts antwoord op de vraag van de patiënt over het opbouwen in regel 490 *'ja maar heel voorzichtig, u moet heel langzaam opbouwen'*.

Fragment 38

476.A: uhm (1.0) oefenen (0.5) in beweging
 477. blijven
 478.P: maar dat vind ik dus uh et et het
 479. vage van euh:: je-wa- wat wat wat is
 480. nou verstandig als je:: hè want ik
 481. doe dit [en dan (.) een gegeven mo-
 482. ment dan krijg ik wel last dan dan
 483. weer niet
 484.A: [ja dat is verstandig ja
 485.P: als je dan eh: ehm: geen last hebt
 486. is het dan verstandig om het op te
 487. bouwen en uit te breiden meer steeds
 488. meer of [of juist
 489.A: [hmm
 490. ja maar he:el voorzichtig (.) u moet
 491. het hee::l langzaam opbouwen (2.0)
 492. want de kans dat u teveel doet als u
 493. geen klachten hebt is is gewoon wel
 494. echt aanwezig (2.5) ja (.) das be-
 495. langrijk

Verderop in de behandelfase van het gesprek (regel 513) begint de patiënt voor de laatste keer over het opbouwen

van de oefeningen *'is dat nou zeggen op opnieuw naar een eh: een fysiotherapeut te gaan om dat gericht te doen of meer op te bouwen'*. De arts bevestigt in regel 518 dat de patiënt een verwijzing krijgt voor een fysiotherapie *'ja ik in ieder geval daar een verwijzing voor schrijven'*.

Fragment 39

509.P: [want (.) nou ja (.)
510. nou ja goed dus (2.0) misschien he
511. da- (.) dat oefenen
512.A: hmmm
513.P: is dat nou zeggen op opnieuw naar
514. een eh: een fysiotherapeut te gaan
515. om [dat gericht te doen of meer op
516. te bouwen
517.A: [nou weet u eh:
518. ik ga in ieder geval ja ik in ieder
519. geval daar een verwijzing voor
520. schrijven (1.0) uhm: en woont hie:r
521. ja u woont in de stad,

beoordeelde' gesprek met een duidelijk doel naar het consult komt (en gelijk door wil naar een latere fase) maar dat de arts zich vasthoudt aan de vaststaande structuur. We nemen aan dat de patiënt met duidelijke doelen naar het consult komt door de wijze waarop de patiënt steeds terug komt op twee onderwerpen: de diagnose en de behandeling.

4.3.3 DEELCONCLUSIE

In het 'minder goed beoordeelde' gesprek begint het gesprek op een andere manier dan in het 'goed beoordeelde' gesprek. De patiënt komt in dit gesprek met een vraag over de diagnose en het daarbij horende behandelplan naar het consult en ze uit dit direct in het begin van de klachtbesprekingsfase. Wat uit de bovenstaande analyse blijkt is dat op de momenten dat de patiënt de diagnosefase of de behandelfase initieert de arts hier niet op ingaat. Hij geeft meestal een minimale respons/luisterrespons maar probeert daarna, d.m.v. het stellen van een vraag die past binnen de fase waar hij zelf naar terug wil, het initiatief terug te winnen.

Uit een analyse van de faseringen blijkt dus dat in de 'goed beoordeelde' gesprekken de fasering verloopt zoals Byrne en Long (1976) deze schetsten. De arts initieert de fasen en de patiënt accepteert deze initiëring. In de 'minder goed beoordeelde' gesprekken komen de fasen op verschillende momenten gedurende het gesprek voor. Hierbij worden deze fasen ook door de patiënt geïnitieerd maar de arts accepteert deze initiëring niet. Dit kan verklaard worden door aan te nemen dat de patiënt in het 'minder goed

5 CONCLUSIE

In dit onderzoek ligt de focus op de tevredenheid van artsen en patiënten over gesprekken op de polikliniek van de afdeling orthopedie van het UMCG. Doormiddel van dit conversatieanalytisch onderzoek is getracht een verband te vinden tussen de beoordelingen van arts/patiënt gesprekken en de interactionele fenomenen die zich voordoen binnen deze gesprekken. Uit de theorie is gebleken dat de patiënttevredenheid nauw in verband staat met het gevoel 'gehoord te worden'. Dit 'gehoord worden' wordt beïnvloed door de participatiemogelijkheden van de patiënt en de participatie van patiënten gedurende arts/patiënt gesprekken wordt op haar beurt weer sterk beïnvloed door twee facetten: de vaststaande structuur van het arts/patiënt gesprek en de manier waarop vragen voorkomen binnen deze institutionele gesprekken. Om een verband aan te kunnen tonen tussen de beoordelingen van arts/patiënt gesprekken en het taalgedrag binnen deze gesprekken zijn er in totaal zes gesprekken getranscribeerd en geanalyseerd: drie 'goed beoordeelde' en drie 'minder goed beoordeelde' gesprekken.

Dit onderzoek bestaat uit een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse. In de kwantitatieve analyse is op basis van de gegeven rapportcijfers aan de gevoerde gesprekken (door de arts en de patiënt) en de antwoorden op de gesloten vragen (vragenlijst voor de patiënt) een verdeling gemaakt tussen 'goed beoordeelde' en 'minder goed beoordeelde' gesprekken. Aan de hand van deze verdeling is het corpus van zes gesprekken samengesteld. De kwalitatieve analyse begon met een uiteenzetting van het faseverloop van de 'goed beoordeelde' en de 'minder goed beoordeelde' gesprekken. Hieruit bleek dat de fases in het 'goed beoordeelde' gesprek elkaar chronologisch opvolgen en allemaal maar één keer voorkomen. In het 'minder goed beoordeelde' gesprek komen de fases meerdere keren voor en wat daarnaast opvallend is, is dat de diagnosefase en de behandelphase al vroeg in het gesprek worden geïnitieerd. Op basis van deze bevindingen is er een analyse op een 'goed beoordeeld' en een 'minder goed beoordeeld' gesprek toegepast. De resultaten uit deze analyse hebben tot onderstaande conclusies geleid.

5.1 CONCLUSIE VAN HET 'GOED BEOORDEELDE' GESPREK

In het 'goed beoordeelde' gesprek volgen de verschillende fases van het arts/patiënt gesprek, zoals Byrne en Long (1976) deze schetsten, elkaar chronologisch op. In dit gesprek worden de verschillende fasen steeds door de participanten gezamenlijk lokaal weergegeven. Alle vier de fases worden door de arts geïnitieerd en in alle vier de gevallen accepteert de patiënt deze initiëringen waardoor de overgang van de ene naar de andere fase elke keer soepel verloopt. Wat daarnaast opvalt, is dat de arts de fases niet expliciet afsluit en introduceert maar doordat de arts de nieuwe fases impliciet opent wordt een vorige fase afgesloten. Gedurende de fases is voornamelijk de arts aan de leiding en de patiënt geeft type-conforming antwoorden op de vragen van de arts, volgt de instructies van de arts op en accepteert de diagnose en het behandelplan.

5.2 CONCLUSIE VAN HET 'MINDER GOED BEOORDEELDE' GESPREK

In het 'minder goed beoordeelde' gesprek vindt veel meer wisseling plaats vindt tussen de fases. In vergelijking tot het 'goed beoordeelde' gesprek toont de patiënt veel initiatief in dit gesprek. De patiënt initieert in deze gesprekken vaak een andere fase dan de fase waarin het arts/patiënt gesprek zich op dat moment bevindt. De patiënt komt in deze gesprekken met een duidelijk doel naar het consult en begint in de klachtbesprekingsfase daardoor al over een eerder gestelde diagnose of over het behandelplan. Wat blijkt is dat de artsen niet ingaan op deze initiëringen van de patiënt maar weer terugkeren naar de history-taking fase of het lichamelijk onderzoek waardoor de patiënten in de rest van het gesprek steeds de diagnose fase of de behandelphase initiëren. Op deze manier vindt er een zekere competitie plaats tussen de arts en de patiënt als het gaat over in welke fase zij zich bevinden. Wat daarnaast uit de analyse is gebleken is dat er in de diagnosefase en de behandelphase een zekere onderhandeling plaats vindt tussen de arts en de patiënt. Ze lijken het niet eens te worden over de diagnose en de behandeling die daarbij past. De patiënt stelt in dit

gesprek veel vragen aan de arts over de gevoerde procedure en daagt de arts als het ware uit om de beslissing te onderbouwen. Ook komt de patiënt zelf met alternatieve behandelmethoden welke de arts eerst expliciet moet uitsluiten voordat er een acceptatie van de patiënt volgt.

In dit gesprek valt daarnaast ook op dat de patiënt in tegenstelling tot de patiënten in de ‘goed beoordeelde’ gesprekken vaak een non-conforming antwoord geeft op vragen van de arts in de history-taking fase en daarna de diagnosefase of de behandelphase initieert. Wanneer de arts een ja/nee vraag stelt, geeft de patiënt in het ‘goed beoordeelde gesprek’ ook een ja/nee antwoord en dit is vaak niet het geval in de ‘minder goed beoordeelde’ gesprekken. In deze gesprekken valt op dat de patiënt vaak een non-conforming antwoord geeft en de antwoorden in de richting stuurt waar hij/zij naartoe wil (bijvoorbeeld de diagnose fase).

5.3 TOPIC COMPETITIE

Samengevat kan er worden geconcludeerd dat er in de ‘minder goed beoordeelde’ gesprekken op twee manieren sprake is van topic competitie tussen de arts en de patiënt:

- 1) topic competitie tussen de fases (wanneer praten we erover)
- 2) topic competitie binnen de fases (waar praten we over)

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de topic-competitie tussen en binnen de fases ervoor zorgt dat de gesprekken minder soepel verlopen. Er is in de ‘minder goed beoordeelde’ gesprekken een zekere sprake van competitie tussen de arts en de patiënt als het gaat om wanneer de fases aan bod komen en waar beide gesprekspartners het binnen de fases over hebben. Deze competitie wordt in beginsel veroorzaakt doordat de patiënt in het ‘minder goed beoordeelde’ gesprek met een duidelijk doel naar het consult komt en in de klachtbesprekingsfase al over een eerder gestelde diagnose of over het behandelplan begint. De arts negeert deze initiëringen van de patiënt en oriënteert zich op de vaste structuur van het arts/patiënt gesprek. De verwachtingen van de

patiënt komen hierdoor in zekere zin niet overeen met het eigenlijke verloop van het gesprek wat voor een lagere beoordeling van het gesprek kan zorgen.

5.4 DISCUSSIE

Nu dit onderzoek is afgerond moeten er een aantal dingen worden besproken in deze discussie. Allereerst was het de bedoeling om een onderzoek uit te voeren waarbij gesprekken zouden worden gebruikt waarin de arts en de patiënt tevreden waren en gesprekken waarin ze ontevreden waren. Bij het verzamelen van het corpus bleek dat geen van de artsen en geen van de patiënten een gesprek als onvoldoende beoordeelde. Hierdoor is er gekozen voor ‘goed beoordeelde’ en ‘minder goed beoordeelde’ gesprekken in plaats van ‘slecht beoordeelde’ gesprekken. Voor vervolgonderzoek is het raadzaam om bij meer dan twee artsen gesprekken op te nemen zodat de kans dat een patiënt of arts écht ontevreden is wordt vergroot. Ook al zijn er in dit onderzoek voldoende opnames gemaakt (29) om een corpus samen te stellen toch was er geen één écht slecht gesprek te vinden. Door de opnames meer te verspreiden over meerdere artsen wordt de kans vergroot een keer een slecht beoordeeld gesprek op band te krijgen.

Daarnaast zijn er in dit onderzoek een aantal gesprekken buiten beschouwing gelaten om op te nemen in het corpus. Deze gesprekken kwamen qua gemiddeld cijfer wel in de top drie van ‘goed’ en ‘minder goed beoordeelde’ gesprekken maar in deze gesprekken was óf geen sprake van acute klachten óf de patiënt was veel buiten beeld en moeilijk te verstaan. Voor vervolgonderzoek is het raadzaam om twee camera’s op te stellen. Één die gericht is op de tafel waaraan de arts en de patiënt zitten en één die gericht is op de plaats waar het lichamelijk onderzoek plaats vindt. Op deze manier kunnen deze gesprekken ook meegenomen worden in de keuze voor het corpus. Om het ‘probleem’ van de vervolgspraak en de acute klachten op te lossen zou de onderzoeker van tevoren aan de artsen kunnen vragen welke patiënten er voor het eerst langskomen en welke patiënten voor een vervolgspraak staan ingepland. Het probleem hierbij kan echter wel zijn dat de artsen de dag zelf pas te horen krijgen welke patiënten ze

gaan zien terwijl je de patiënten al een week van te voren wilt benaderen voor deelname aan het onderzoek.

In dit onderzoek is niet gekeken naar de non-verbale communicatie die plaatsvindt tijdens het arts/patiënt gesprek. Het is niet ondenkbaar dat dit ook van invloed kan zijn op de tevredenheid van de artsen en de patiënten over het gevoerde gesprek. Daarnaast richt dit onderzoek zich specifiek op de faseringen in het arts/patiënt gesprek en op de interactionele aspecten binnen deze verschillende fases. Het onderzoek moest ingekaderd worden en aan de hand van de gebruikte theorie is hiervoor gekozen. Er zijn echter waarschijnlijk nog veel meer aspecten die van invloed zijn op de tevredenheid van de artsen en de patiënten die niet zijn meegenomen in dit onderzoek.

6 ADVIES

Gebleken is dat alle gesprekken die zijn opgenomen met een voldoende zijn beoordeeld door zowel de arts als de patiënt. Wel viel er een onderscheid te maken tussen gesprekken die 'goed' beoordeeld zijn en gesprekken die 'minder goed' beoordeeld zijn. In de bijlagen zijn een aantal tabellen opgenomen met daarin de resultaten van de rapportcijfers (arts en patiënt) en de antwoorden op de meerkeuzevragen.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwantitatieve analyse om het corpus op te stellen en een kwalitatieve analyse om de interactionele fenomenen die zich binnen deze gesprekken afspelen in kaart te brengen. Uit een eerste globale analyse bleek dat de 'minder goed' beoordeelde gesprekken langer duurden dan de 'goed' beoordeelde gesprekken. Uit nader onderzoek bleek dat in deze 'minder goed' beoordeelde gesprekken de patiënt meer initiatief nam dan in de andere gesprekken waarin hij/zij een veel passievere rol aannam. Hierna is gekeken wat de patiënt met dit initiatief probeerde te bereiken. Daaruit bleek dat de patiënt in veel gevallen door wilde naar een volgende fase (de diagnose fase of de behandelfase) of het in de diagnosefase en de behandelfase niet eens was met wat de arts concludeerde. Uiteindelijk zijn er twee gesprekken nader geanalyseerd, één 'goed' en één 'minder goed' beoordeeld gesprek die het meest uitgesproken waren.

Uit deze analyse kon een conclusie worden getrokken. Opvallend is dat in het 'minder goed' beoordeelde gesprek de patiënt al op een hele andere manier het gesprek binnenkomt. In de klachtpresentatie fase laat deze patiënt al zien waarvoor hij/zij eigenlijk komt. In fragment 40 wordt een gedeelte van de klachtpresentatie fase van een 'minder goed' beoordeeld gesprek weergegeven. In regel 11 begint de arts deze fase door de declaratieve uiting *'ik begreep uit de brief van de huisarts, u hebt last van de knieën'*. In regel 22 geeft de patiënt antwoord op deze vraag *'ja ik heb last van mijn knieën'*. Hierna volgt een uitbreiding door de patiënt met daarin waarvoor ze eigenlijk dit consult heeft aangevraagd. Vanaf regel 35 vertelt de patiënt dat ze wil weten of de diagnose die gesteld is wel juist is en wat ze nu moet doen qua oefeningen en opbouwen.

Fragment 40

11. A: zo (.) ik begreep uit de brief van de
12. huisarts (.) u hebt pijn in de knie-
13. ën,
14. P: hebt u ook een brief van de huisarts
15. gehad?
14. A: O sorry van de sportarts
15. P: o ja ik dacht ik [heb een poosje
16. A: [van dokter
17. (riekstra)
18. P: ik heb een beetje een rondje gemaakt
19. A: [ja
20. P: [ja
21. A: ja dokter (riekstra)
22. P: ja ik heb last [van mijn knieën
23. A: [ja ja
24. P: en ik weet et niet ik dacht eh het
25. liefste ben ik eh op een plek waar
26. men zo veel mogelijk overzicht heeft
27. van de mogelijkheden en die proble-
28. men [met knieën
29. A: [ah joh [ja
30. ja
31. P: want ik voel een beetje een leegte
32. voor me zo van ja ja he
33. A: we we[ten het
34. P: [zoek het maar eh doe maar dus
35. ik ben op zoek naar wat meer hou
36. vast in wat ik of ik (.) nou precies
37. de diagnose heb (1.0) eh gekregen
38. die (.) he [is dat zeker is dat dui-
39. delijk
40. A: [ja
41. P: eh wat kan ik doen om eh d- die
42. knie sterker te maken wat moet ik eh
43. doen als het gaat om (.) dingen wel
44. doen niet doen opbouwen he dat
45. soort zaken

In plaats van dat de arts óf kort ingaat op wat de patiënt zegt, óf zegt dat hij hier later op terug zal komen negeert hij deze uitingen van de patiënt en oriënteert zich weer op zijn eigen agenda: na de klachtbespreking fase komt de

history-taking fase welke hij opent in regel 48 *'ja sinds hoe lang hebt u al last van knieën?'*. De patiënt geeft in regel 50 kort antwoord op deze vraag maar wat opvalt is dat zij aansluitend weer begint over een eerder gestelde diagnose: *'toen was het beeld dat het de knieschijven, achterkant van de knieschijven betrof'*. Ook op deze diagnose gaat de arts niet in maar houdt zich vast aan de eigen agenda en gaat door met de history-taking fase in regel 58 *'en allebei de knieën?'*

Fragment 41

41. P: eh wat kan ik doen om eh d- die
 42. knie sterker te maken wat moet ik eh
 43. doen als het gaat om (.) dingen wel
 44. doen niet doen opbouwen he dat
 45. soort zaken
 46. A: ja
 47. P: du[s eh
 48. A: [ja ja sinds hoe lang hebt u
 49. al last van de knieën?
 50. P: nou ik heb eh eigenlijk sinds novem-
 51. ber last
 52. maar een jaar of zes geleden toen
 53. had ik ook een paar maal opeens last
 54. van de knieën toen was het beeld dat
 55. het de knieschijven e[h: ach[terkant
 56. van de knieschijven betrof
 57. A: [oh ja
 58. [en al-
 59. lebei de knieën?

Wat gebleken is in de 'minder goed beoordeelde' gesprekken is dat doordat de arts de patiënt in deze gesprekken 'negeert' de patiënt de twee zaken waarvoor zij eigenlijk gekomen is (de diagnose en het behandelplan/het opbouwen) voortdurend weer terug in het gesprek brengt terwijl het gesprek nog niet in die fases is aangekomen. Hieronder worden een aantal voorbeelden uit het 'minder goed beoordeelde' gesprek gegeven waarin te zien is dat de patiënt begint over de diagnose terwijl het gesprek nog niet in de diagnose fase is beland. Hierdoor ontstaat de eerste vorm van 'competitie' tussen de arts en de patiënt: competitie tussen de fases (wanneer praten we over):

Fragment 42

80. A: en waar zit de pijn?

81. P: nou ehm (.) ik geprobeerd denken wat
 82. want het is best wel lastig om o[p
 83. te schrijven van wat wat voel je nou
 84. he dus eh::
 85. A: [ja-
 86. ha
 87. P: even kijken hoor wat had ik nou ook
 88. alweer voor mezelf eh e:h ja stijf
 89. is het
 90. A: ja,
 91. P: en dan krijg ik een soort spierpijn-
 92. achtig gevoel een beetje scheuten
 93. tijdens het lopen hè die dan naar de
 94. bovenbenen gaan he die pezen en soms
 95. is dat ook heel strak
 96. A: h[mm
 97. P: [die pezen °ja° dat kan ook een
 98. soort van compensatie zijn denk ik
 99. A: ja
 100. P: he dus en dan niet goed bewegen die
 101. stap niet afmaken op slot schieten
 102. A: allebei de knieën is allebei bij al-
 103. lebei hetzelfde?
 104. P: nou ja wat ik zei het wisselt een
 105. beetje

In fragment 42 zijn de arts en de patiënt in de history-taking fase van het gesprek. De arts stelt in regel 80 een vraag over de locatie van de pijn. De patiënt vertelt daarna wat voor soort pijn het is en komt in regel 98 met een leek-diagnose *'dat kan ook een soort van compensatie zijn denk ik'* waar de arts niet op ingaat maar weer terug gaat naar de vragen die passen in de history-taking fase.

Ook in het lichamenlijk onderzoek gedeelte van het arts/patiënt gesprek begint de patiënt weer over een eerder gestelde diagnose. In fragment 43 is te zien dat de patiënt op een vraag over de pijsensatie van de arts wederom begint over een diagnose. In regel 279 *'maar dat was eh leek een beetje een reactie op het slecht lopen'*.

Fragment 43

271. P: [moet ik blijven liggen weer
 272. A: neuh zo is goed (.) pijn als ik hier
 273. duw?

274.P: is wel eens wel zo geweest dat die
275. zee[- die pees daar [eh
276.A: [oke [hmm ja en
277. aan de[ze kant?
278.P: [de fysiotherapeut heeft
279. dat een beetje gemasseerd maar dat
280. was eh was eh leek een beetje een
281. reactie op die op het slecht (.)
282. [lopen
283.A: [ja kan heel goed
284. ja dat kan heel goed hoor
285.P: (kan heel vaak) zelf verder was et
286. eh
287.A: hier pijn? (5.0)

In de behandel fase stelt de arts voor de patiënt oefeningen moet doen om de knie sterker te maken. De patiënt heeft in de klachtpresentatiefase aangegeven dat ze niet weet wat ze nou wel en niet moet doen als het gaat om het opbouwen van de oefeningen. Vandaar dat er in de behandel fase dan ook een vorm van 'competitie' plaatsvindt tussen de arts en de patiënt. Competitie binnen de fases (waar praten we over). De arts en de patiënt zijn aangekomen in de laatste fase van het arts/patiënt gesprek: de behandel fase.

Fragment 44

476.A: uhm (1.0) oefenen (0.5) in beweging
477. blijven
478.P: maar dat vind ik dus uh et et het
479. vage van euh:: je-wa- wat wat wat is
480. nou verstandig als je:: hê want ik
481. doe dit [en dan (.) een gegeven mo-
482. ment dan krijg ik wel last dan dan
483. weer niet
484.A: [ja dat is verstandig ja
485.P: als je dan eh: ehm: geen last hebt
486. is het dan verstandig om het op te
487. bouwen en uit te breiden meer steeds
488. meer of [of juist
489.A: [hmm
490. ja maar he:el voorzichtig (.) u moet
491. het hee::l langzaam opbouwen (2.0)
492. want de kans dat u teveel doet als u
493. geen klachten hebt is is gewoon wel

494. echt aanwezig (2.5) ja (.) das be-
495. langrijk

In bovenstaand fragment 44 is te zien dat de arts in regel 476 aan de patiënt vertelt dat ze in beweging moet blijven en oefeningen moet doen. De patiënt laat blijken dat dat dus juist is waar ze voor is gekomen *'maar dat vind ik dus het vage'* en begint dat in regel 486 weer over het opbouwen van de oefeningen. In regel 491 geeft de arts antwoord op deze vraag van de patiënt *'u moet heel langzaam opbouwen'*.

Op het moment dat artsen een patiënt bij zich krijgen die in de klachtpresentatie fase begint over bijvoorbeeld een diagnose of een behandeling (wat dus pas later in het gesprek aan de orde zal komen) kunnen zij de gevoeligheid voor de patiënt vergroten door de patiënt op twee manieren te laten zien dat hij gehoord wordt:

- 1) de arts kan de patiënt vertellen dat hij eerst graag zelf onderzoek wil doen voordat er voorbarige diagnoses worden gesteld maar dat hij deze diagnose van de patiënt mee zal nemen in zijn beoordeling
- 2) de arts kan aangeven dat hij later op deze diagnose/behandeling terug zal komen omdat hij nu eerst verder wil gaan met de eigen agenda

Door een van deze twee opties toe te passen maakt de arts het voor de patiënt duidelijk dat hij wel gehoord is en niet wordt genegeerd maar dat er nu eerst andere zaken aan bod komen voordat de diagnose of het behandelplan aan bod komen. Door te benoemen dat de patiënt gehoord is en dat hij niet genegeerd wordt creëert de arts rust in het gesprek. De patiënt weet dat er later terug gekomen zal worden op waar hij voor gekomen is en zo is het mogelijk voor de patiënt om deze gedachtes te 'parkeren' en zich te focussen op wat de arts verder allemaal wil weten/onderzoeken.

Aan de hand van bovenstaande kan er nu een advies worden geschreven voor artsen die in een soortgelijke situatie terechtkomen. Op het moment dat een patiënt binnenkomt en in de klachtpresentatie fase al begint over de diagnose of over bijvoorbeeld de vraag welke oefenin-

gen hij moet doen is het verstandig als de arts dit op het moment dat dit de eerste keer ter sprake komt signaleert en aanpakt. Door te kiezen voor:

- 1) kort ingaan op wat de patiënt zegt (dus eigenlijk de eigen agenda aan de kant schuiven) en vertellen dat hij hier later uitgebreider op terug zal komen
- 2) zeggen dat hij eerst het onderzoek wil afmaken voordat hij aan de diagnose/behandelfase wil beginnen

Op deze manier behoudt de arts het initiatief maar creëert hij een kort moment waardoor de patiënt het gevoel krijgt 'gehoord' te worden en de mogelijkheid krijgt om deze vragen te parkeren omdat de zekerheid er is dat dit later nog aan bod komt.

6.1 ADVIES VOOR VERVOLGONDERZOEK

Voor dit onderzoek zijn opnames van arts/patiënt gesprekken gemaakt bij twee artsen in opleiding. Het klinkt niet onlogisch dat specialisten met meer ervaring anders omgaan met patiënten die met een duidelijk doel naar het consult toe komen dan artsen in opleiding. Om in kaart te kunnen brengen of er progressie zit in de lijn van coassistent, arts in opleiding tot specialist zou bij vervolgonderzoek hetzelfde onderzoek kunnen worden herhaald alleen dan met opnames die zijn gemaakt bij specialisten of bij coassistenten. Wanneer in kaart gebracht kan worden wat het verschil is tussen bijvoorbeeld de manier waarop artsen in opleiding omgaan met patiënten die binnenkomen met een duidelijk doel en de manier waarop specialisten hiermee omgaan kan er een advies worden geschreven dat meegenomen kan worden in de opleiding waardoor coassistenten al in hun opleiding leren omgaan met deze situaties. Ik denk dat op deze manier de tevredenheid van de patiënten en de artsen in de toekomst beter gewaarborgd kan worden.

7 LITERATUURLIJST

Drew, P., Chatwin, J. and Collins, S. (2001), Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, 4: 58–70.

Drew, P. (2001). Spotlight on the patient. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 261-268.

Barbara, M. Korsch, M.D., Ethel, K., Gozzi, P.H.N., M.S and Vida Francis, P.H.N., M.s. (1968). Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*: vol. 42 no. 5 november 1, 1986. Pp 855-871

Beach, W. a. (2001). Introduction: Diagnosing “lay diagnosis.” *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 13-18

Byrne, P.S. & Long, B.E.L. (1976). Doctors talking to patients: a study of verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: Her Majesty's Stationery Office.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 8, 1977, 129- 136

Frankel, R. M. (2001). Clinical care and conversational contingencies: The role of patients' self-diagnosis in medical encounters. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 83-11.

Fung, D. & Cohen, M.M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesthesia & Analgesia*, 87, 1089-1098.

Gill, V.T. & Maynard, D.W. (2005) Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In: Heritage, J. & Maynard, D.W. (eds.), *Communication in medical care* (pp. 115-150). New York: Cambridge University Press.

Heritage, J. Clayman, S. (2010). Talk in action: interactions, identities and institutions.

Heritage, J. Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectation. *Social science & medicine*. Vol 49. Pp: 1501-1517.

Heritage, J., Maynard, W. (2006). *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: University press

Heritage, J., Maynard, W. (2006a). Problems and Prospects in the study of Physician-Patient interaction. *Annual review of sociology*, 2006, 32, 351-374

Jones, C. M. (2001). Missing assessments: Lay and professional orientations in medical interviews. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 113-150

Korsch, B.M. & Gozzi, E.K. (1968). *Francis V: Gaps in doctor-patient communication*. *Pediatrics* 42(5):855.

Mazeland, H. (2008). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Meeuwesen, L., F. Tromp, B.C. Schouten & J.A.M. Harmsen (2007) 'Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? In: *Patient Education and Counseling*, 67, pp. 183-190.

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.

Perakyla, A. (1998). Authority and Accountability: The delivery of Diagnosis in Primary Health care. *Social Psychology Quarterly*, vol 61, no 4, pp: 301-320.

Robinson, J. D. (1998), Getting Down to Business Talk, Gaze, and Body Orientation During Openings of Doctor-Patient Consultations. *Human Communication Research*, 25: 97–123.

Robinson, J. D. (2001). Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 19-54

Robinson, Jeffrey D.(2003) 'An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation'. *Health Communication*, 15: 1, 27 — 59

Roter, D.L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Behav* 1977 5: 281.

Roter, D. & Hall, J. (2006). Doctors talking with patients/patients talking with doctors. *Improving communication in Medical Visits*. Westport: Greenwood publishing Group.

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.

Stivers, T. (2005) 'Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance'. In: *Social Science & Medicine*, 60, pp. 949-964.

ten Have, P. (1991).Talk and institution:Areconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. in: Deirdre Boden & Don H. Zimmerman, eds. *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press: 138-63.

Ten Have, P. (2006). *Conversatieanalyse: orde in de details*. *Kwalon* 32. Jr 11. Nr 2.

Williams GC, Frankel RM, Campbell TC, Deci EL. (2000). Research on relationship-centred care and health care outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: a self-determination theory integration. *Families, Systems, Health* 2000;18:79–90.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 INFORMED CONSENT

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER

behorend bij het onderzoek:

'Arts/patiënt communicatie'

Betreft: Medewerking aan onderzoek

Geachte mevrouw/mijnheer,

Introductie

Een paar dagen geleden bent u telefonisch benaderd voor deelname aan het onderzoek naar arts/patiënt communicatie' op de afdeling orthopedie van het UMCG. U heeft aangegeven in principe mee te willen werken en middels deze brief willen wij u vragen om uw definitieve toestemming voor deelname aan het onderzoek. De informatie in de brief kunt u rustig doorlezen en is een hulpmiddel bij het maken van een goede afweging voor wat betreft het wel of niet deelnemen aan dit onderzoek.

Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker (contactgegevens staan aan het einde van de brief).

Wat is het doel van het onderzoek?

Het doel van het onderzoek is om de communicatie tussen de arts en patiënt in kaart te brengen.

De communicatie tijdens een gesprek tussen de arts en de patiënt loopt niet altijd zoals beide partijen graag zouden willen. Er is nog niet veel bekend over wat patiënten en artsen graag zouden willen tijdens een gesprek. Doormiddel van dit onderzoek hopen we meer inzicht te krijgen in wat artsen en patiënten prettig vinden en aan de hand daarvan zullen we adviezen kunnen schrijven voor een betere en soepelere communicatie tussen beiden.

Waarom meedoen?

Door mee te doen aan dit onderzoek, levert u in eerste instantie een bijdrage aan dit wetenschappelijk onderzoek. Als u het goed

vindt, kan het uitgeschreven en geanonimiseerde materiaal ook gebruikt worden voor onderwijs aan de Rijksuniversiteit Groningen en kan het materiaal ondersteuning bieden bij publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift. In beide gevallen zal uw naam nooit genoemd worden.

Gang van zaken tijdens het onderzoek

In dit onderzoek worden een aantal gesprekken tussen de arts en de patiënt verzameld. Deze gesprekken worden opgenomen met een videocamera. De gesproken tekst wordt uitgewerkt op papier waarna deze versies van de gesprekken worden onderzocht. In het onderzoek wordt beschreven hoe de gesprekken tussen een arts en de patiënt verlopen. Het onderzoek is gericht op taal: hoe de arts en de patiënt tijdens het gesprek met elkaar praten. Er wordt met het onderzoek niet ingegaan op waarom iemand iets zegt. Ook worden namen en persoonlijke gegevens niet gebruikt in dit onderzoek en wordt alles geanonimiseerd.

Tijdens het gesprek tussen u en de arts zal er een videocamera staan die het gesprek opneemt. Het gesprek dat u met de arts heeft gevoerd zal worden omgezet in geschreven teksten.

Na het gesprek wordt er bij u een korte vragenlijst afgenomen. Aan de hand hiervan hopen we aanwijzingen te vinden voor het wel, dan wel niet, soepel verlopen van een arts/patiënt gesprek.

Wat wordt er van u verwacht?

Als u meedoet aan dit onderzoek, wordt het gesprek wat u met de arts gaat voeren met een video-camera opgenomen. Hierbij wordt uw privacy gewaarborgd. Het videomateriaal wordt uitgeschreven, geanonimiseerd en vervolgens vernietigd: de beelden worden niet gebruikt bij publicatie en onderwijs. Alleen de uitgeschreven versies van het gesprek komen terug in het onderzoek.

Wat gebeurt er als u niet mee wilt doen?

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Als u niet wilt deelnemen, hoeft u daarvoor geen reden op te geven. Als u besluit niet mee te doen, geeft dat geen enkele verandering in uw verdere behandeling of begeleiding. Ook als u nu toestemming geeft, kunt u zich altijd bedenken en eventueel tussentijds stoppen.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Onderzoeksgegevens worden gehanteerd met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. De gegevens die in het kader van het onderzoek over u verzameld worden, zullen vertrouwelijk worden behandeld en anoniem worden verwerkt.

Wilt u nog iets weten?

Wij hopen u voldoende te hebben geïnformeerd over het onderzoek. Uw medewerking wordt bijzonder op prijs gesteld. Indien u besluit mee te doen aan het onderzoek, vul dan het bijgaand toestemmingsformulier (bijlage 1) in en neem deze mee naar uw afspraak. Mocht u nog vragen hebben, aarzelt u dan niet die te stellen. Hiervoor kunt u terecht bij Marit Peters, onderzoeker van dit project. Dit kan op maandag, dinsdag en woensdag telefonisch (Tel: 050-3610549) of per e-mail (j.m.peters@umcg.nl).

Bijlagen

- Bijlage 1: Toestemmingsformulier

Met vriendelijke groet,

M. Peters, student communicatie wetenschappen

Dr. M. Stevens, onderzoeks coördinator afdeling orthopedie

TOESTEMMINGSFORMULIER

behorend bij het onderzoek:

'Een onderzoek naar de communicatie tussen artsen en patiënten'

Ik heb de informatiebrief voor de proefpersoon gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord.
Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is.

Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om mijn verzamelde onderzoeksgegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming voor het maken van video-opnames.

Ik verklaar toestemming te geven om de geanonimiseerde, uitgeschreven gesprekken te gebruiken voor:

- wetenschappelijk onderzoek
- onderwijs aan de Rijksuniversiteit Groningen
- wetenschappelijke publicatie

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Naam proefpersoon:

Geslacht: m/v (doorhalen wat niet van toepassing is)

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Aanvullende informatie is gegeven door (indien van toepassing):

Naam:

Functie:

Handtekening: Datum: __ / __ / __

BIJLAGE 3 VRAGENLIJST

Helemaal mee eens Mee eens Niet mee eens/niet mee oneens Niet mee eens Helemaal niet mee eens

Mijn arts heeft mij alle informatie gegeven die ik wilde hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb de informatie begrepen die ik van de arts heb gekregen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben tevreden over de deskundigheid waarmee ik door de arts werd geholpen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben tevreden over de persoonlijke aandacht van de arts voor mij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De arts nam genoeg tijd voor mij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het gevoel dat de arts goed naar mij luisterde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben tevreden over de manier waarop de arts een gesprek met mij voerde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wat voor rapportcijfer geeft u het gesprek? Rapportcijfer:

Noem 3 positieve aspecten van het gesprek:

- 1)
- 2)
- 3)

Noem 3 negatieve aspecten van het gesprek:

- 1)
- 2)
- 3)

BIJLAGE 4 CIJFERS VAN DE ARTS EN DE PATIËNT OP ALLE OPGENOMEN GESPREKKEN

Gesprek	Arts	Patient	Gemiddelde
1	8	8	8
2	8	10	9
3	8	9	8,5
4	7,5	7,5	7,5
5	6,5	7	6,75
6	7,5	7	7,25
7	8	8,5	8,25
8	8	9	8,5
9	8	8	8
10	8	9	8,5
11	7	7	7
12	8	8	8
13	7,5	7,5	7,5
14	8	10	9
15	8	9	8,5
16	8	8	8
17	8	8,5	8,25
18	8	7	8,5
19	7,5	8	7,75
20	8	8	8
21	8	9	8,5
22	8	8	8
23	8	9	8,5
24	7	8	7,5
25	8	9	8,5
26	8	9	8,5
27	8	8	8
28	8	9	8,5
29	8	8	8
Alle gesprekken	7.8 (Sd= 0.38)	8.3 (Sd= 0.81)	

BIJLAGE 5 GESPREKKEN VAN 'GOED' NAAR 'MINDER GOED' BEOORDEELD (RAPPORTCIJFER)

Gesprek	Arts	Patient	Gemiddelde
2	8	10	9
14	8	10	9
3	8	9	8,5
8	8	9	8,5
10	8	9	8,5
15	8	9	8,5
21	8	9	8,5
23	8	9	8,5
25	8	9	8,5
26	8	9	8,5
28	8	9	8,5
18	8	7	8,5
7	8	8,5	8,25
17	8	8,5	8,25
9	8	8	8
12	8	8	8
16	8	8	8
20	8	8	8
22	8	8	8
27	8	8	8
29	8	8	8
19	7,5	8	7,75
24	7	8	7,5
4	7,5	7,5	7,5
13	7,5	7,5	7,5
6	7,5	7	7,25
11	7	7	7
5	6,5	7	6,75
	8	8	8

BIJLAGE 6 ANTWOORDEN OP DE GESLOTEN VRAGEN

Gesprek	Vraag 1	Vraag 2	Vraag 3	Vraag 4	Vraag 5	Vraag 6	Vraag 7	Gemiddelde
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1
4	2	1	2	2	2	2	2	1.86
5	2	2	3	2	2	2	3	2.29
6	2	2	2	2	2	2	3	2.14
7	2	2	2	2	2	2	2	2
8	1	1	1	1	1	1	1	1
9	2	2	2	2	2	2	2	2
10	1	1	1	1	1	1	1	1
11	2	2	2	2	2	2	2	2
12	4	1	2	2	2	2	2	2.14
13	2	2	2	1	1	1	2	1.57
14	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	2	1	2	2	1.43
20	1	1	2	1	1	1	1	1.14
21	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1
24	2	2	2	1	2	1	1	1.57
25	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1	1	1
Gemiddelde	1.38	1.24	1.38	1.28	1.28	1.28	1.38	1.32
Sd	1.33	0.86	1.10	0.90	0.90	0.90	1.22	0.91

BIJLAGE 7 ANTWOORDEN OMGESCHAALD NAAR CIJFERS VAN ALLE GESPREKKEN OP DE MEERKEUZEVRAGEN (PER VRAAG EN GEM.)

Gesprek	Vraag 1	Vraag 2	Vraag 3	Vraag 4	Vraag 5	Vraag 6	Vraag 7	Gemiddelde
1	10	10	10	10	10	10	10	10
2	10	10	10	10	10	10	10	10
3	10	10	10	10	10	10	10	10
4	8	10	8	8	8	8	8	8.3
5	8	8	6	8	8	8	6	7.4
6	8	8	8	8	8	8	6	7.7
7	8	8	8	8	8	8	8	8
8	10	10	10	10	10	10	10	10
9	8	8	8	8	8	8	8	8
10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	8	8	8	8	8	8	8	8
12	4	10	8	8	8	8	8	7.7
13	8	8	8	10	10	10	8	8.9
14	10	10	10	10	10	10	10	10
15	10	10	10	10	10	10	10	10
16	10	10	10	10	10	10	10	10
17	10	10	10	10	10	10	10	10
18	10	10	10	10	10	10	10	10
19	10	10	10	8	10	8	8	9.1
20	10	10	8	10	10	10	10	9.7
21	10	10	10	10	10	10	10	10
22	10	10	10	10	10	10	10	10
23	10	10	10	10	10	10	10	10
24	8	8	8	10	8	10	10	8.9
25	10	10	10	10	10	10	10	10
26	10	10	10	10	10	10	10	10
27	10	10	10	10	10	10	10	10
28	10	10	10	10	10	10	10	10
29	10	10	10	10	10	10	10	10
Gemiddelde	9.2	9.5	9.2	9.4	9.4	9.4	9.2	9.4
Sd	1.33	0.86	1.10	0.90	0.90	0.90	1.22	0.91

BIJLAGE 8 DUUR VAN DE GESPREKKEN

Gesprek	Duur (minuten)
1	13.38
2	10.02
3	16.53
4	07.10
5	25.37
6	18.06
7	13.49
8	11.08
9	13.06
10	17.37
11	27.41
12	12.06
13	11.17
14	09.09
15	05.54
16	29.53
17	13.43
18	09.56
19	11.20
20	19.59
21	06.07
22	16.57
23	14.59
24	14.48
25	16.20
26	12.39
27	13.52
28	20.22
29	08.22
Gemiddelde:	14.35 (Sd= 5.59)

BIJLAGE 9 FASEVERLOOP VAN DE ZES GESPREKKEN UIT HET CORPUS**'Goed beoordeelde' gesprekken**

Gesprek 1	Fase	Regel
	1	1 tot 36
	2	37 tot 249
	3	250 tot 293
	4	294 tot 362
Gesprek 2	1	1 tot 33
	2	34 tot 262
	3	263 tot 294
	4	295 tot 368
Gesprek 3	1	1 tot 18
	2	19 tot 36
	3	37 tot 48
	2	49 tot 101
	4	102 tot 181
	3	182 tot 263
	4	264 tot 291

68

'Minder goed beoordeelde' gesprekken

Gesprek 1	Fase	Regel
	1	11 tot 29
	3	30 tot 33
	4	34 tot 38
	2	39 tot 41
	3	42 tot 45
	2	46 tot 57
	4	58 tot 73
	2	74 tot 86
	3	87 tot 91
	2	92 tot 107
	3	108 tot 110
	2	111 tot 160
	3	161 tot 173
	2	174 tot 275
	3	276 tot 281
	2	282 tot 294
	3	295 tot 321
	3	322 tot 375
	4	375 tot 405
	3	406 tot 414
	4	414 tot 424
	3	425 tot 440
	4	441 tot 637

Gesprek 2

Fase

Regel

1	4 tot 10
3	11 tot 41
2	42 tot 47
3	48 tot 62
2	63 tot 334
3	335 tot 372
4	373 tot 383
3	384 tot 389
4	390 tot 462

Gesprek 3

1	1 tot 24
2	25 tot 57
3	58 tot 77
4	78 tot 87
1	88 tot 95
2	96 tot 126
4	127 tot 143
2	144 tot 150
4	151 tot 179
