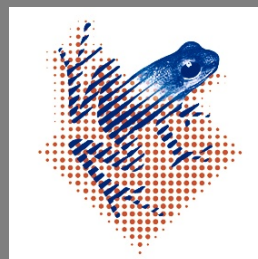


# Vragen naar het vraaggedrag van patiënten

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten en de rol van sociale verwachtingen bij het stellen van vragen tijdens een medisch consult.

Lieke Stokkers

UMCG, afdeling Orthopedie  
RUG, Master Sociologie van Gezondheid, Welzijn en Zorg



rijksuniversiteit  
 groningen



Groningen, maart 2017

© 2015 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. 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 Vraaggedrag patiënten, sociale verwachtingen, arts-patiëntgesprek

## Vragen naar het vraaggedrag van patiënten

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten en de rol van sociale verwachtingen bij het stellen van vragen tijdens een medisch consult.

Groningen, maart 2017

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Auteur                             | Lieke Stokkers  |
| Studentnummer                      | s2771284  |
| Afstudeerscriptie in het kader van | Faculteit Gedrags- en<br>Maatschappijwetenschappen<br>Sociologie<br>Rijksuniversiteit Groningen |
| Opdrachtgever                      | Dr. Martin Stevens<br>Orthopedie, UMCG  |
| Begeleider onderwijsinstelling     | Dr. Danielle Jansen<br>Vakgroep Sociologie<br>Rijksuniversiteit Groningen                       |
| Begeleider UMCG                    | Dr. Jan Pols<br>Arts-onderwijskundige, UMCG   |



## Voorwoord

Met trots presenteer ik u mijn scriptie welke het resultaat is van een kwalitatief onderzoek naar het vraaggedrag van patiënten. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en ter afsluiting van mijn masterstudie Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ik heb met veel plezier gewerkt aan mijn onderzoek. Het volbrengen van deze scriptie was een leerzaam, interessant en intensief proces, maar ook een proces wat af en toe moeizaam ging. Ondanks de nodige tegenslagen en het harde werken kijk ik tevreden terug op mijn afstudeerperiode. Ik wil in dit voorwoord een aantal mensen bedanken die mij geholpen hebben bij het realiseren van dit eindresultaat.

Mijn dank gaat uit naar dr. Danielle Jansen, die mij vanuit de vakgroep Sociologie heeft begeleid. Ze heeft me geholpen bij het correct uitvoeren en rapporteren van het onderzoek. Met haar kritische blik en vele ervaring op onderzoeksgebied heeft ze me geholpen om mijn scriptie naar een hoger niveau te tillen. Niet alleen voor haar kennis en vaardigheden wil ik haar bedanken, maar ook voor haar persoonlijke steun, begrip en motiverend vermogen. Daarnaast wil ik mijn referent dr. Donald van Tol bedanken voor zijn bijdrage. Ik heb zijn ervaring en kennis op het gebied van kwalitatief onderzoek als waardevol ervaren voor het schrijven van mijn scriptie.

Verder wil het Universitair Medisch Centrum Groningen en dan met name de mensen van de afdeling Orthopedie bedanken voor de gelegenheid om mijn onderzoek uit te kunnen voeren. Uit persoonlijke interesse wilde ik mijn afstudeerscriptie over het vraaggedrag van patiënten doen en ik ben dankbaar voor de tijd, hulp, beschikbare ruimte en de vrijheid die ik van de afdeling Orthopedie heb gekregen. Ik wil arts-onderwijskundige dr. Jan Pols bedanken voor het regelen van zaken binnen het UMCG, voor een leuke en interessant stageperiode, maar ook voor de begeleiding bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Dankzij zijn kennis en vaardigheden op het gebied van kwalitatief onderzoek heb ik zelfvertrouwen opgebouwd om het onbekende terrein van kwalitatief onderzoek te betreden.

Daarnaast wil ik de sleutelfiguren en participanten bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek, voor hun openhartigheid, gastvrijheid en tijd. Ik kijk met plezier terug op de leuke en leerzame gesprekken die ik met hen mocht voeren. Als laatste wil ik mijn familie, vrienden, kennissen en medestudenten heel erg bedanken voor alle steun en motiverende woorden.

Mijn dank is groot!

Lieke Stokkers

Februari 2017



## Samenvatting

Vanuit de maatschappij wordt van patiënten verwacht dat ze zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en zorg (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2012; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014). Om eigen regie te voeren is het nodig om actief op te treden en mondig te zijn in de gezondheidszorg. Toch is het niet vanzelfsprekend dat iedere patiënt in staat is om mondig te zijn en vragen stelt aan een arts. In opdracht van het Universitair Medisch Centrum Groningen is dit onderzoek uitgevoerd met als doel inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen aan een arts tijdens een medisch consult. Daarbij is onderzocht in hoeverre verwachtingen vanuit de sociale omgeving, de maatschappij en vanuit artsen invloed hebben op het stellen van vragen door patiënten tijdens een medisch consult.

De Theory of Planned Behavior is gebruikt om te achterhalen wat het vraaggedrag van patiënten kan verklaren. Uit de literatuur komt naar voren dat er vrijwel niets bekend is over patiëntervaringen waar sociale verwachtingen een invloed spelen rondom het vraaggedrag van patiënten. Om die reden is explorand onderzoek uitgevoerd aan de hand van de kwalitatieve onderzoeksbenadering van Hennink, Hutter en Bailey (2011). Interviews zijn gehouden met tien patiënten die voor een eerste consult op de afdeling Orthopedie kwamen. Met behulp van een interviewschema zijn de patiënten geïnterviewd. Deze interviews zijn vervolgens geanalyseerd met het programma ATLAS.ti

Sommige patiënten voelden zich niet gehinderd bij het stellen van vragen, maar bij sommigen leek dat wel het geval. Dat waren met name oudere patiënten, wat te maken kan hebben met het vroegere heerse idee 'doctor knows best' waarbij het niet gebruikelijk was om vragen te stellen aan de arts. De voorbereiding lijkt van belang te zijn voor het vraaggedrag van patiënten. De ene patiënt bereidt vragen voor en de ander doet dit niet. Dit heeft te maken met de hoeveelheid ervaring patiënten hebben opgedaan met arts-patiënt gesprekken, met eerdere klachten en door het praten met andere mensen, maar ook met het vertrouwen in de arts en het karakter van de patiënt. Toch hoeft de manier van voorbereiding niet altijd uit te maken, want ook opspelende emoties van de patiënt en de informatieverstrekking van de arts lijken het vraaggedrag van patiënten altijd te kunnen beïnvloeden.

Sociale verwachtingen lijken in meer en mindere mate het vraaggedrag van patiënten te beïnvloeden. De mate van invloed door de directe sociale omgeving, de maatschappij en vanuit artsen op het vraaggedrag van patiënten verschilt. Zo blijkt dat de directe sociale omgeving invloed kan uitoefenen op patiënten bij het bedenken en stellen van vragen tijdens een medisch consult. Patiënten vergaren informatie door met anderen binnen het sociale netwerk te praten en gebruiken deze informatie als input voor de vragen die ze bedenken om de arts te stellen. Enkele geïnterviewde patiënten stellen vragen, omdat dit van personen uit hun directe sociale omgeving moet. Minder duidelijk is de invloed vanuit de maatschappij en vanuit artsen op het vraaggedrag. Sommige patiënten gebruiken het internet als informatiebron voor het bedenken van vragen. Daarnaast lijken de geïnterviewde patiënten tegenwoordig anders aan te kijken tegen het stellen van vragen aan een arts dan dat zij vroeger deden. Patiënten lijken te weten dat de arts van hen verwacht dat ze alle informatie moeten geven aan de arts en de arts vragen moet stellen als ze informatie niet begrijpen. Geen van de geïnterviewde patiënten stelt vragen, omdat zij het idee hebben dat de maatschappij, de overheid of artsen dit van hen verwachten. Als patiënten vragen willen stellen, stellen ze deze omdat ze dit over het algemeen zelf willen en laten ze zich niet beïnvloeden door sociale verwachtingen.

## Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| Hoofdstuk 1. Introductie.....  | 5  |
| 1.1. Probleemstelling en deelvragen .....                                      | 6  |
| 1.2. Wetenschappelijke relevantie.....   | 6  |
| 1.3. Maatschappelijke relevantie .....   | 7  |
| 1.4. Leeswijzer.....   | 7  |
| Hoofdstuk 2. Achtergrondinformatie .....                                       | 9  |
| 2.1. Consultvoering in Nederland .....   | 9  |
| 2.1.1. Definitie van een consult.....  | 9  |
| 2.1.2. Perspectieven en ontwikkelingen in consultvoering .....                 | 9  |
| 2.2. Universitair Medisch Centrum Groningen .....                              | 11 |
| 2.3. Conclusie.....  | 11 |
| Hoofdstuk 3. Theoretisch kader.....  | 13 |
| 3.1. Theory of Planned Behavior.....   | 13 |
| 3.1.1. Attitude ten aanzien van het gedrag .....                               | 13 |
| 3.1.2. Subjectieve norm .....  | 14 |
| 3.1.3. Waargenomen gedragscontrole.....  | 14 |
| 3.1.4. Theory of Planned Behavior: onderzoeksgebied en kwaliteit .....         | 14 |
| 3.2. Theory of Planned Behavior inzetten bij het vraagedrag van patiënten..... | 15 |
| 3.2.1. Gewenst gedrag .....  | 15 |
| 3.2.2. Intentie.....   | 15 |
| 3.2.3. Attitude ten aanzien van gedrag .....                                   | 16 |
| 3.2.4. Subjectieve norm .....  | 17 |
| 3.2.5. Waargenomen gedragscontrole.....  | 19 |
| 3.3. Conclusie.....  | 19 |
| Hoofdstuk 4. Methode.....  | 21 |
| 4.1. Kwalitatief onderzoek .....   | 21 |
| 4.1.1. Ontwerpfase.....  | 21 |
| 4.1.2. Etnografische fase .....  | 22 |
| 4.2. Context van het onderzoek .....   | 22 |
| 4.3. Onderzoekspopulatie .....   | 22 |
| 4.3.1. Nieuwe patiënten.....   | 22 |
| 4.3.2. Polikliniek .....   | 23 |
| 4.3.3. Type aandoening.....  | 23 |
| 4.3.4. Leeftijd .....  | 24 |
| 4.3.5. Werving .....   | 24 |
| 4.3.6. Respons .....   | 24 |
| 4.3.7. Kenmerken participanten.....  | 25 |
| 4.4. Dataverzameling .....   | 26 |
| 4.4.1. Interviewschema .....   | 26 |
| 4.4.2. Operationalisering.....   | 27 |
| 4.5. Pilottest.....  | 27 |
| 4.6. Data-analyse .....  | 28 |



|   |    |
|---|----|
| 4.6.1. Data voorbereiden .....                                      | 28 |
| 4.6.2. Codes ontwikkelen .....                                      | 28 |
| 4.6.3. Codeboek .....   | 29 |
| 4.6.4. Analyseren van de data .....                                 | 29 |
| 4.7. Ethiek .....   | 30 |
| 4.8. Geldigheid en betrouwbaarheid .....                            | 30 |
| 4.8.1. Geldigheid .....   | 30 |
| 4.8.2. Betrouwbaarheid .....  | 31 |
| Hoofdstuk 5. Resultaten .....                                       | 33 |
| 5.1. Voorbereiding van een medisch consult .....                    | 33 |
| 5.1.1. Uitgebreide inhoudelijke voorbereiding .....                 | 34 |
| 5.1.2. Minimale inhoudelijke voorbereiding .....                    | 34 |
| 5.1.3. Praktische voorbereiding .....                               | 34 |
| 5.2. Vraaggedrag tijdens een medisch consult.....                   | 35 |
| 5.2.1. Variatie in vraaggedrag .....                                | 35 |
| 5.2.2. Attitude ten aanzien van het stellen van vragen.....         | 36 |
| 5.2.3. Type vragen.....   | 36 |
| 5.2.4. Vergeten vragen.....   | 37 |
| 5.2.5. Vraagmoment .....  | 37 |
| 5.2.6. Initiatief .....   | 37 |
| 5.3. Bronnen voor variatie van voorbereiding en vraaggedrag.....    | 38 |
| 5.3.1. Maatschappelijke invloed bij het (op)stellen van vragen..... | 38 |
| 5.3.2. Sociale invloed bij het (op)stellen van vragen.....          | 40 |
| 5.3.3. Rol van de arts.....   | 42 |
| 5.3.4. Overige kenmerken.....                                       | 42 |
| Hoofdstuk 6. Conclusie en discussie .....                           | 45 |
| 6.1. Conclusie.....   | 45 |
| 6.1.1. Voorbereiding van een medisch consult .....                  | 45 |
| 6.1.2. Vraaggedrag tijdens medisch consult.....                     | 45 |
| 6.1.3. Rol van de maatschappij, overheid en media .....             | 46 |
| 6.1.4. Rol van sociale omgeving .....                               | 46 |
| 6.1.5. Rol van de arts.....   | 46 |
| 6.1.6. Algemene conclusie .....                                     | 47 |
| 6.2. Discussie.....   | 47 |
| 6.2.1. Koppeling met de Theory of Planned Behavior.....             | 49 |
| 6.3. Sterke punten en kanttekeningen van het onderzoek.....         | 50 |
| 6.4. Suggesties voor vervolgonderzoek.....                          | 52 |
| Literatuurlijst .....   | 55 |
| Bijlagen .....  | 59 |
| Bijlage 1. Informatiebrief aan de patiënten .....                   | 59 |
| Bijlage 2. Informed consent .....                                   | 61 |
| Bijlage 3. Interviewschema .....                                    | 62 |
| Bijlage 4. Codeboek.....  | 64 |



## Hoofdstuk 1. Introductie

Maatschappelijke veranderingen, veranderingen in het zorgstelsel en zorginhoudelijke ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat zorgverleners, verzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid meer zijn gaan verlangen van de patiënt (Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2008). De “actieve patiënt”, “eigen regie” en “zelfmanagement” zijn termen die in beleidsdocumenten veelvuldig worden aangehaald (RVZ, 2002; RVZ, 2008; RVZ, 2012; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2014).

Mede door de vergrijzing en het aantal mensen met chronische aandoeningen zullen de kosten in de komende jaren stijgen (RVZ, 2012). Daarbij komt dat de beschikbare middelen, zoals tijd, geld en arbeid beperkt zijn en eerder zullen afnemen dan toenemen (RVZ, 2012). Er moet in de gezondheidszorg effectief en efficiënt gewerkt worden en dit wil de overheid bereiken door deels de verantwoordelijkheid bij de patiënt te gaan leggen. Verantwoordelijkheid in de zin van zorgen voor een gezonde leefstijl, beslissingen nemen over behandelingen en zelf de regie daarin te nemen (Kooiker & Hoeymans, 2014). In deze lijn is de definitie van gezondheid ook veranderd. De nieuwe definitie van gezondheid wordt gedefinieerd als het vermogen om eigen regie te voeren (Huber, et al, 2011).

Om eigen regie te voeren is het nodig om actief op te treden en mondig te zijn. Door mondig te zijn kan men de overhand krijgen over zijn/haar eigen gezondheidsgedrag, kan men beslissen en oordelen over zijn eigen zorg en kan men dit verwoorden (Roter & Hall, 2006; Schulz, 2014). Mondige patiënten stellen meer vragen, geven en krijgen meer informatie en uiten hun gevoelens en opinies meer, waardoor zij de behandeling beter begrijpen (Harrington, Noble, & Newman, 2004). Dit leidt tot het bevorderen van medische uitkomsten, omdat men weet wat de behandeling gaat brengen en zij beter voorbereid zijn (Harrington, et al., 2004; Roter & Hall, 2006). Hiermee lijkt een opvatting te ontstaan die zegt dat mondigheid een teken van gezondheid is en lijken mensen die zich niet mondig opstellen ongezond te zijn.

Het is niet vanzelfsprekend dat iedere patiënt in staat is om mondig te zijn en alle vragen stelt aan een arts. Een actieve patiënt lijkt volgens Rademakers (2016) een utopie, want ze stelt dat veel mensen geen eigen regie willen, kunnen of durven nemen. Sommige patiënten kiezen er zelf voor om geen vragen te stellen, maar anderen vinden het moeilijk om vragen te stellen omdat ze lage gezondheidsvaardigheden hebben. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen moeite hebben met het begrijpen van informatie waardoor zij minder snel vragen durven te stellen (Rademakers, 2016). Er lijkt dus een discrepantie te bestaan tussen de gewenste gedragsnorm (eigen regie nemen) en de realiseerbaarheid van het daarbij horende gewenste gedrag (mondig zijn).

In dit onderzoek zal ingegaan worden op het vraaggedrag van de patiënt tijdens een medisch consult. Uit literatuuronderzoek blijkt namelijk dat het stellen van vragen aan een arts voor patiënten moeilijk kan zijn. Vele factoren zijn van invloed op het vraaggedrag van patiënten tijdens een medisch consult. Zo hebben eigenschappen zoals gezondheidsvaardigheden, zelfvertrouwen, motivatie (Rademakers, 2015), emoties (Roter, 1977; TNS NIPO, 2016), de communicatiestijl van de arts en de patiënt (Street, Gordon & Haidet, 2007), de relatie tussen de arts en patiënt (Roter & Hall, 2006), de sociaaleconomische status (Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese & De Maeseneer, 2005), de tijd, verwachtingen en attitude van patiënten ten opzichte van het stellen van vragen invloed tijdens een medisch consult (Roter & Hall, 2006).

Echter, voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar wat de ervaringen zijn van patiënten met het stellen van vragen aan een arts tijdens een medisch consult en welk proces vooraf gaat aan het al dan niet stellen van vragen aan de arts. Sociale verwachtingen zijn verwachtingen van andere individuen, groepen of de maatschappij. Deze verwachtingen kunnen ervoor zorgen dat een individu zich conformeert aan de norm van de omgeving (Aronson, Wilson & Akert, 2011). In dit onderzoek wordt ingegaan op de vraag of patiënten verwachtingen ten aanzien van het stellen van vragen aan een arts ervaren vanuit de directe sociale omgeving (familie, vrienden, etc.), de maatschappij en vanuit artsen. Welke rol speelt bijvoorbeeld de directe omgeving bij het (op)stellen van vragen? Wat is de rol van de arts bij het vraaggedrag van de patiënt? En terugkomend op de gewenste norm uit de maatschappij om mondig te zijn; in welke mate ervaren patiënten druk vanuit de maatschappij om daadwerkelijk vragen te stellen aan een arts? Door ervaringen van patiënten te weten te komen kan meer inzicht komen in het proces van het stellen van vragen en of sociale verwachtingen meegenomen worden bij het vraaggedrag.

## 1.1. Probleemstelling en deelvragen

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen aan een arts tijdens een medisch consult. Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre verwachtingen vanuit de sociale omgeving invloed hebben op het stellen van vragen door patiënten tijdens een medisch consult. De onderzoeksvraag luidt:

*Wat zijn de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen tijdens een medisch consult en in hoeverre spelen sociale verwachtingen hierbij een rol?*

Verschillende deelvragen zullen aan bod komen om uiteindelijk tot de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Deze deelvragen worden hieronder weergegeven.

1. Hoe bereidt de patiënt zich voor op een medisch consult?
2. Hoe gaat het stellen van vragen tijdens een medisch consult?
3. In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door verwachtingen vanuit de maatschappij bij het (op)stellen van vragen?
4. In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door verwachtingen vanuit de directe sociale omgeving bij het (op)stellen van vragen?
5. In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door de verwachtingen van de arts bij het (op)stellen van vragen?

## 1.2. Wetenschappelijke relevantie

Zoals gezegd zijn er veel onderzoeken uitgevoerd die factoren aandragen die het vraaggedrag van patiënten tijdens medische consulten kunnen beïnvloeden. Echter, relatief weinig onderzoek is gedaan naar het sociale aspect omtrent dit thema. In dit onderzoek komen patiënten zelf aan het woord en kan dieper ingegaan worden op wat patiënten eigenlijk vinden van het stellen van vragen en in hoeverre zij door verwachtingen van anderen beïnvloed worden bij het stellen van deze vragen. Kwalitatief onderzoek naar dit thema is namelijk erg schaars.

Het vraaggedrag hoort onder mondigheid, maar van mondigheid lijkt decennia geleden nauwelijks sprake. De verhoudingen tussen arts en patiënt zijn veranderd ten opzichte van vroeger, waardoor sociale verwachtingen ook veranderd kunnen zijn. De functionalist Talcott Parsons (1951) legde deze verhoudingen als eerste vast en kwam met de Sick Role Theory waarbij een patiënt bij ziekte rechten en plichten heeft binnen het sociale systeem. De rechten waren dat de patiënt niet verantwoordelijk was voor zijn ziekte en zijn rol in het sociale systeem even niet hoefde te vervullen. De plichten van de patiënt waren dat van de patiënt verwacht werd dat hij zijn ziekte onaangenaam vond, beter wilde worden en vrijwillig medische hulp ging zoeken. Daarbij moest worden samengewerkt met de arts om zo snel mogelijk beter te worden. De rol van de arts was om ervoor te zorgen de patiënt beter te maken zodat hij/zij weer kon functioneren in het sociale systeem. Doordat de arts de expertise heeft over ziektes, werd het advies van de arts opgevolgd (Clarke, 2010). Mondige patiënten kwamen nauwelijks voor, omdat de arts wist wat goed voor de patiënt was en de patiënt afhankelijk van de arts was (Snelders en Meijman (2009).

Parsons beschrijft een consensus model van de arts-patiënt relatie, terwijl de socioloog Freidson de arts-patiënt relatie kenmerkt door conflictueuze belangen die samenhangen met de verschillende opvattingen over ziekteverschijnselen tussen professionals en leken (Clarke, 2010). Volgens Freidson is consensus, coöperatie en constante reciprociteit onhoudbaar, omdat de medici een grote sociale controle hebben, want de artsen beoordelen of iets een ziekte is of niet (Conrad, 1992). Hiermee is de macht van de artsen groot en hebben patiënten niets in te brengen want zij hebben geen kennis van ziektes. Een mondige patiënt zou onacceptabel zijn.

Volgens Snelders en Meijman (2009) waren er altijd al wel mondige patiënten, maar deze autonomie bleef verborgen. Dit kan te maken hebben met de machtsverhoudingen tussen arts en patiënt waarbij de patiënt geen weerwoord tegen de arts durfde te bieden (Roter & Hall, 2006). Hierdoor kan het zijn dat oudere mensen nog steeds de arts zien als diegene waarnaar geluisterd moet worden. Echter, volgens Van Dulmen, Van den Brink-Muinen en Bensing (2005) stellen patiënten tegenwoordig niet meer vragen dan vroeger. Waar tegenwoordig gemiddeld vier vragen worden gesteld onderzochten zij dat patiënten in 1983 6 à 7 vragen stelden.

Het huidig onderzoek zal de bestaande literatuur aanvullen. Voornamelijk door meer informatie te geven over de ervaringen van patiënten met het stellen van vragen en in hoeverre anderen hierbij een rol

spelen. Daarnaast wordt gekeken wat patiënten vinden van het stellen van vragen aan en arts en kan bekeken worden of patiënten wel mondig willen en kunnen zijn of dat hier misschien de arts-patiënt relatie van vroeger nog invloed heeft.

### **1.3. Maatschappelijke relevantie**

Maatschappelijk gezien is dit een actueel onderwerp. Vele discussies zijn gaande of de patiënt wel in staat is om eigen verantwoordelijkheid te nemen en mondig te zijn tijdens een medisch consult (Brandt, 2009; RVZ, 2012; Rademakers, 2015; Rademakers, 2016). Toch wordt geprobeerd om de patiënt te stimuleren zich voor te bereiden op een doktersbezoek (TNS NIPO, 2016).

Vorbereiding is belangrijk om achteraf niet met onbeantwoorde vragen te blijven zitten. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 50-60 procent van de patiënten informatie inwint over de aandoening voordat zij een medisch consult hebben (TNS NIPO, 2016; Thackeray, Crookston, & West, 2013). Vorbereiding door informatie op te zoeken heeft twee kanten. Aan de ene kant is het gunstig om al een beetje te weten welke behandelingen er zijn en wat men kan verwachten. Veel vragen kunnen bijvoorbeeld al beantwoord worden door op een betrouwbare site als [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) te kijken, waar voor de patiënt gerichte informatie opstaat volgens wetenschappelijke huisartsenrichtlijnen. De lancering van deze website en app heeft voor gezorgd dat het zorggebruik bij de huisarts is afgenomen met 12 procent ([www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl), 2016). Het opzoeken van informatie heeft ook een keerzijde, wanneer op onbetrouwbare sites gekeken wordt. Informatie kan onjuist zijn waardoor mensen verkeerde verwachtingen kunnen krijgen en onnodig bang gemaakt worden (Thackeray, et al., 2013). Door te achterhalen hoe patiënten zich voorbereiden en welke informatie ze gebruiken voor het opstellen van hun vragen, komt er inzicht in het proces van het opstellen en het stellen van vragen.

Qua efficiëntie is het beter als patiënten zich voorbereiden door vragen op te schrijven. 46% van de patiënten laat regelmatig informatie langs zich heen gaan en blijft met vragen zitten (TNS NIPO, 2016). Alleen al bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, waar dit onderzoek uitgevoerd wordt, hebben in het jaar 2015 welgeteld 840549 consulten plaatsgevonden verdeeld over alle poliklinieken (UMCG Jaardocument, 2015). Wanneer patiënten niet alle vragen stellen levert dit extra werk op voor de zorgverleners om de vragen van de patiënten alsnog te kunnen beantwoorden.

Ook zou de opleiding Geneeskunde extra aandacht kunnen besteden hoe omgegaan moet worden met patiënten die lage gezondheidsvaardigheden hebben. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben moeite met lezen en schrijven, hebben weinig kennis over ziekten en gezondheid en durven minder snel vragen te stellen wanneer zij informatie niet begrijpen (Rademakers, 2016). Volgens Rademakers (2016) zijn de meeste zorgprofessionals tijdens hun opleiding niet getraind om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan. Cursussen zijn er intussen wel gekomen om deze mensen te signaleren en hiermee om te gaan, zoals het gebruiken van de teach-back-methode waarbij de arts aan de patiënt vraagt te vertellen wat zojuist besproken is om te controleren of de patiënt het ook werkelijk begrepen heeft. Door meer inzicht te krijgen in wat de ervaringen zijn van patiënten met het stellen van vragen kunnen er methoden aangereikt worden om artsen meer alert te maken wat voor een soort patiënt tegenover hem/haar zit en deze te helpen bij de communicatie waar nodig.

### **1.4. Leeswijzer**

Na het inleiden van het onderwerp in het eerste hoofdstuk zal in hoofdstuk 2 aandacht worden besteed aan achtergrondinformatie over consultvoering in Nederland. In hoofdstuk 3 komt literatuur over het vraaggedrag van patiënten aan bod. De Theory of Planned Behavior wordt gebruikt om te verklaren hoe het vraaggedrag van patiënten verklaard kan worden. In het vierde hoofdstuk zal de onderzoeksmethode gedetailleerd geformuleerd worden. De resultaten van het onderzoek zullen in hoofdstuk 5 gepresenteerd worden. In hoofdstuk 6 zal de conclusie en discussie aan bod komen waar ingegaan wordt op de bevindingen van het onderzoek en waar wordt ingegaan op de onderzoeksuitvoering. Na hoofdstuk 6 volgen een literatuurlijst en de bijlagen zoals onder andere het onderzoeksinstrument en het gebruikte codeboek.



## Hoofdstuk 2. Achtergrondinformatie

In dit onderzoek wordt ingegaan op het vraaggedrag van patiënten tijdens een gesprek met de arts op een polikliniek van een ziekenhuis. Om te weten te komen wat de ervaringen van patiënten zijn met het stellen van vragen is het van belang om te weten in welke context dit gebeurt. Daarom wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de consultvoering in Nederland en de klinische arts-patiënt relatie.

### 2.1. Consultvoering in Nederland

#### 2.1.1. Definitie van een consult

Een consult is een contact, of een reeks contacten, waarin een patiënt een arts raadpleegt over een zorgvraag, waarbij de arts tijd neemt en aandacht schenkt aan deze zorgvraag en de deskundigheid inzet om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen (Veening, Gans, & Kuks, 2009). De meeste contacten tussen arts en patiënt vinden plaats in de vorm van consulten, zowel in de Nederlandse cultuur als in andere culturen (Veening, et al., 2009). Andere contactmomenten zijn bijvoorbeeld wanneer een patiënt opgenomen wordt en de arts aan het bed van de patiënt komt.

Er zijn een aantal richtlijnen voor een consult die artsen leren tijdens hun geneeskundeopleiding (Veening et al., 2009). Een consult moet over het algemeen uit een aantal fasen bestaan, namelijk: de openingsfase, de klachtenpresentatie, de anamnese (voorgeschiedenis), het lichamelijk onderzoek, de diagnose, de advisering/behandeling en de afsluiting (Heritage & Clayman, 2010; Veening, et al., 2009). In de eerste fase vindt de kennismaking tussen arts en patiënt plaats. De tweede fase is de klachtenpresentatie, waarbij de arts de patiënt vraagt te vertellen wat de klachten zijn. De patiënt staat op dat moment centraal om zijn/haar verhaal te vertellen (Veening, et al., 2009). Nadat de patiënt zijn/haar verhaal heeft verteld neemt de arts het initiatief om vragen te stellen over de medische voorgeschiedenis (fase 3). In deze eerste 3 fasen verzamelt de arts informatie en passeren in het hoofd van de arts al verschillende diagnoses (Veening, et al., 2009). In fase 4 voert de arts lichamelijk onderzoek uit om vermoedens te bevestigen of te ontkrachten. Vervolgens wordt aan de patiënt vermeld aan welke diagnoses de arts denkt, maar soms valt dit nog niet te zeggen. Aanvullend onderzoek, zoals een bloedonderzoek of röntgenfoto, kunnen nodig zijn om de hypothesen van de arts te laten testen (fase 5). In fase 6 wordt de informatie uit de voorgeschiedenis, het lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek bij elkaar genomen om de patiënt te vertellen wat de meest waarschijnlijke diagnose is (Veening, et al., 2009). In deze fase wordt een behandelplan opgesteld en uitgelegd hoe dit behandelplan uitgevoerd wordt. In de laatste fase, fase 7, wordt het consult afgerond met het maken van een vervolgsconsult of door te zeggen dat de patiënt terug kan komen wanneer klachten aanhouden of de patiënt nog vragen heeft.

In dit onderzoek wordt ingegaan op patiënten die voor een eerste consult bij een arts in het ziekenhuis komen. Bij een eerste consult dat een patiënt heeft, komt fase 6 (adviesing/behandeling) vaak nog niet aan bod. In het eerste consult wordt namelijk in veel gevallen in fase 5 besloten dat aanvullend onderzoek nodig is om mogelijke diagnoses te testen (Veening, et al., 2009). Na fase 5 wordt daarom het consult voor dat moment afgerond (fase 7). De patiënt moet een afspraak maken voor het aanvullend onderzoek en zal daarna een vervolgsconsult hebben met de arts om de uitslag van het onderzoek te bespreken. Dan zal de arts de patiënt vertellen wat de meest waarschijnlijke diagnose is en wordt aandacht besteed aan het behandelplan (fase 6).

#### 2.1.2. Perspectieven en ontwikkelingen in consultvoering

Consultvoering is gebaseerd op het idee dat de arts een spreekkamer heeft waar de patiënt ontvangen wordt. Echter, tijden veranderen en ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de consultvoering, zoals veranderingen in de zorgvragen van patiënten, veranderingen in mondigheid en veranderingen door de media (Veening, et al., 2009). Ook de verandering in de relatie tussen arts en patiënt heeft bijgedragen aan de veranderingen in de consultvoering (Veening, et al., 2009). Deze veranderingen kunnen bijdragen aan hoe patiënten in de huidige tijd tegenover mondigheid en het stellen van vragen staan.

**Veranderingen in zorgvragen van patiënten.** – Er zijn veranderingen in de zorgvragen van patiënten. De samenleving is aan het vergrijzen en de groep chronische patiënten neemt alleen maar toe. Het aantal consulten zal daarmee toenemen voor artsen (Veening, et al., 2009). Het is daarom van belang dat efficiënt

wordt omgegaan met de zorgvraag. Volgens Harrington et al (2004) en Roter en Hall (2006) kunnen actieve patiënten die voorbereid naar een medisch consult komen, sneller en beter geholpen worden.

**Veranderingen in mondigheid tegenover arts.** – Volgens Veening et al (2009) worden patiënten steeds mondig. Door mondig te zijn, krijgen individuen of groepen controle over bepaalde aspecten van het leven door een actieve en participerende rol in te nemen (Snyder & Engström, 2016). Door het stellen van vragen, het aangeven van bezorgdheden en door voorkeuren te melden krijgt de patiënt meer invloed tijdens een medisch consult (Street & Millay, 2001). Door mondig te zijn kan de patiënt meer informatie krijgen, zijn/haar gevoelens uiten en de behandeling beter begrijpen (Roter & Hall, 2006). Volgens Harrington et al (2004) is mondigheid gunstig voor de behandeling, omdat maatwerk geleverd kan worden en zo efficiënter en effectiever omgegaan wordt met de zorg.

Volgens Veening et al (2009) zijn er twee niveaus van mondigheid, namelijk het inhoudsniveau en het betrekkingniveau. Mondigheid op het inhoudsniveau betekent dat patiënten voorafgaand aan een consult uitvoerig informatie over mogelijke oorzaken en passende behandelingen hebben opgezocht op bijvoorbeeld internet. Zij kunnen dan al op de hoogte zijn van mogelijke diagnoses of behandelingen. Echter, een patiënt kan er ook helemaal naast zitten wat kan leiden tot verkeerde verwachtingen en angst (Thackeray, et al., 2013). Op betrekkingniveau wordt gesproken over een assertieve patiënt, die meedenkt en verantwoordelijkheid neemt voor levensstijl en medicatie. Beide vormen van mondigheid worden in de spreekkamer als voordeel gezien (Veening, et al., 2009). Het is altijd gunstig om met de patiënt te bespreken in welke mate behandelingen die de patiënt inbrengt uitvoerbaar zijn.

**Veranderingen door de media** – Mondige patiënten zoeken informatie op over aandoeningen en behandelingen (TNS NIPO, 2015; Thackeray, Crookston, & West, 2013). De media, zoals de krant, televisie en het internet, worden steeds belangrijker in het contact tussen arts en patiënt (Veening, et al., 2009). Informatie, zowel juiste als onjuiste informatie, is toegankelijker door de komst van het internet. Zo kan een patiënt informatie tot zich nemen door dit in de media op te zoeken en kan deze informatie meegenomen worden naar het consult. Patiënten kunnen informatie van internetsites verkeerd interpreteren of adviezen op internet overnemen die slecht onderbouwd zijn. Ook kan onderling contact gelegd worden met anderen patiënten om ervaringen te delen. Patiënten kunnen vragen stellen aan de arts om bevestiging of om verheldering te krijgen over wat zij gelezen hebben.

**Veranderingen in klinische arts-patiënt relatie.** – Vroeger werd door de arts vooral vanuit een biomedisch perspectief gekeken, waarbij ziekte gezien werd als een afwijking aan de weefsels en organen (RVZ, 2013). Goede zorg betekent vanuit dit perspectief het genezen van deze afwijking. De arts was de deskundige en had de autoriteit. De patiënt, de leek, had weinig in te brengen in een consult (Clarke, 2010). Dit paternalistische model, waarbij de arts eenzijdig bepaalt wat goed was voor de patiënt, maakt steeds meer plaats voor een interactieve arts-patiënt relatie. Tegenwoordig worden patiënten steeds meer betrokken bij beslissingen over behandelingen en zorg. Gezamenlijke besluitvorming heeft voor zowel de arts als de patiënt toegevoegde waarde. Het leidt tot passende zorg en verhoogt de tevredenheid van de arts en de patiënt (RVZ, 2013).

Het invoeren van een interactieve arts-patiënt relatie is een langzaam proces, omdat decennialang het paternalistisch model als traditionele benadering gezien werd. De traditionele benadering heeft bij zowel patiënten als artsen diepe sporen nagelaten en kleurt ook nu nog wederzijdse verwachtingen (RVZ, 2013).

In de hedendaagse consultvoering is niet alleen meer het medische-inhoudelijke spoor belangrijk, maar is het communicatieve spoor net zo belangrijk geworden, aldus Veening et al (2009). Niet alleen wordt er vanuit een biomedisch perspectief gekeken naar de klachten, maar de arts moet in een consult proberen om een band op te bouwen met de patiënt (Veening, et al., 2009). De arts moet ervoor zorgen dat de patiënt zich vertrouwd voelt bij de arts om te kunnen vertellen over de klachten. De arts moet nadenken over wat de verwachtingen, de achtergrond en situatie van de patiënt is om de best passende behandeling te kunnen voorstellen.

Samen moeten arts en patiënt tot de meest geschikte behandeling komen. Daarbij hebben patiënten het recht om zorgvuldig geïnformeerd te worden (informed consent) (RVZ, 2013). Wanneer de arts de voor- en nadelen van iedere behandeling doorneemt met de patiënt kan de arts de patiënt helpen om zijn/haar eigen voorkeuren te ontdekken en kunnen arts en patiënt samen een beslissing nemen (shared decision making) (RVZ, 2013). De patiënt moet op zijn/haar beurt voorbereid op een consult komen, om te voorkomen dat de patiënt bepaalde vragen niet stelt (RVZ, 2013) en daarmee geen doordachte keuze kan maken.

De arts-patiënt verhouding is van een paternalistische arts en een leek naar een meer gelijkwaardige verhouding gegaan. De arts is nog steeds de deskundige op medisch gebied, maar de patiënt wordt meer



betrokken. Patiënten met meerdere chronische ziektes kunnen bijvoorbeeld door hun ziekte-traject ervaringsdeskundigen zijn worden en daarmee de arts helpen te bepalen wat voor hen de beste behandeling is. Deze patiënten hebben door hun ervaring meer kennis over hun eigen lichaam dan de arts dat heeft (RVZ, 2012). Daarom moet samengewerkt worden om alle relevante informatie in een consult te laten passeren om te kunnen beslissen wat de best passende behandeling is. Het stellen van vragen, door zowel de patiënt als de arts, zorgt voor duidelijkheid in het consult om alle informatie bij elkaar te krijgen.

## **2.2. Universitair Medisch Centrum Groningen**

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Dit is één van de grootste ziekenhuizen in Nederland (UMCG, 2016a). Patiënten komen in het UMCG voor basiszorg, maar het ziekenhuis richt zich vooral op zeer specialistische diagnostiek, onderzoek en behandeling (UMCG, 2016a). Naast zorg en onderzoek worden ongeveer 3400 studenten opgeleid tot arts, tandarts of bewegingswetenschapper en worden ruim 450 artsen opgeleid tot medisch specialist. Patiënten kunnen daarom te maken krijgen met een arts in opleiding die bij het consult zit of zelf het consult voert. Deze artsen in opleiding worden opgeleid met de laatste ontwikkelingen op het gebied van consultvoering. Zij leren om de interactieve arts-patiënt relatie te hanteren. Ze leren daarbij veel communicatievaardigheden waarbij meer aandacht is voor de context en het verlangen van de patiënt en zijn op de hoogte van verandering in consultvoering zoals het gebruik van internet (Veening, et al., 2009).

## **2.3. Conclusie**

De consultvoering in Nederland maakt een verandering door waarbij communicatie en de relatie tussen arts en patiënt belangrijker is geworden. Geneeskundestudenten worden opgeleid om een interactieve arts-patiënt relatie na te streven waar patiënten mondig mogen zijn om zo samen tot de best passende behandeling te komen. Het stellen van vragen aan een arts is daarmee gewenst vanuit de overheid (RIVM, 2014) als vanuit de gezondheidszorg (Veening, et al., 2009) om geen verkeerde verwachtingen te scheppen en samen met de patiënt tot de best passende behandeling te komen.



## Hoofdstuk 3. Theoretisch kader

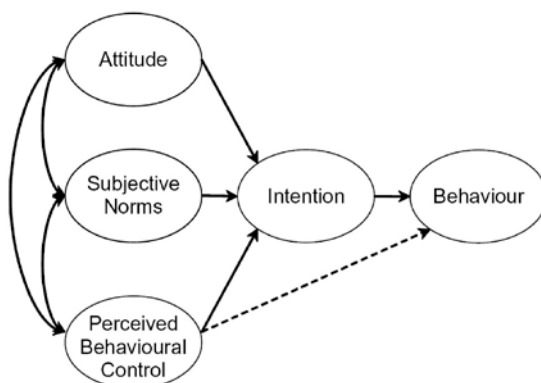
In dit hoofdstuk komt de theorie naar voren met betrekking tot het verklaren van het vraaggedrag van patiënten tijdens een medisch consult. Hiervoor zal de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) gebruikt worden. In paragraaf 3.1. wordt een uitgebreide beschrijving van de theorie gegeven en nader toegelicht waarom voor deze theorie gekozen is. In paragraaf 3.2. wordt de theorie gekoppeld aan het vraaggedrag van patiënten en geformuleerd waar literatuur ontbreekt bij dit onderwerp.

### 3.1. Theory of Planned Behavior

Het gedrag van een individu kan door verschillende redenen of motieven ontstaan. Om dit menselijk gedrag te verklaren zijn er veel sociaalpsychologische theorieën ontwikkeld die ook veel rond gezondheidsthema's gebruikt worden, zoals onder andere het Health Belief Model (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), de Social Cognitive Theory van Bandura (1986: In Ajzen, 1991) en de Theory of Planned Behavior van Ajzen (1991).

In dit onderzoek is ervoor gekozen om de Theory of Planned Behavior (TPB) toe te passen, omdat de TPB één van de meest omvattende en algemene theorieën is binnen de gedragstheorieën (Morris, Marzano, Dandy, & O'Brien, 2012; Rush, 2014). Vele aspecten uit andere theorieën kunnen worden samengebracht onder de Theory of Planned Behavior, zoals de eigen effectiviteit uit de Social Cognitive Theory van Bandura (1986: In Ajzen, 1991) en het ABC (Affective, behavior en cognitive) model dat zich richt op de attitude van mensen (Hogg & Vaughan, 2005). Doordat dit onderzoek zich voornamelijk richt op de sociale invloed van anderen, kon bijvoorbeeld een theorie als het Health Belief model niet gebruikt worden. Deze theorie neemt namelijk geen omgevingsfactoren mee die het gedrag van een individu kunnen beïnvloeden (Morris, et al., 2012). Doordat de Theory of Planned Behavior veel aspecten van andere theorieën meeneemt is voor deze omvattende theorie gekozen.

Bij de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) wordt de intentie tot een bepaald gedrag als belangrijkste factor beschouwd om te kunnen voorspellen of gedrag daadwerkelijk vertoond wordt. Met intenties worden de motiverende factoren tot een bepaald gedrag bedoeld. Het zijn aanwijzingen hoe graag iemand het gedrag tot stand wil brengen (Ajzen, 1991). Hoe sterker de intentie om het gedrag uit te voeren, hoe sterker de kans dat het gedrag daadwerkelijk uitgevoerd wordt (Ajzen, 1991). De intentie wordt bij de Theory of Planned Behavior aangestuurd door drie factoren, namelijk de *attitude ten aanzien van het gedrag*, de *subjectieve norm* en de *waargenomen gedragscontrole*. In figuur 1 is de Theory of Planned Behavior schematisch weergegeven.



Figuur 1. Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991)

#### 3.1.1. Attitude ten aanzien van het gedrag

Met de *attitude ten aanzien van het gedrag* wordt de houding ten aanzien van het gedrag bedoeld. De attitude kan worden gezien als de algehele evaluatie van het gedrag, hoe het individu tegenover het gedrag staat. Hieronder vallen twee componenten, namelijk 'behavioral beliefs' en de 'outcome evaluation'. Onder 'behavioral beliefs' vallen de overtuigingen over de consequenties van het gedrag. Men kan bijvoorbeeld inzien dat men door het stellen van vragen informatie kan krijgen (Francis, Eccles, Johnston, Walker, Grimshaw, Foy, Kaner, Smith, & Bonetti, 2004). Onder de 'outcome evaluation' valt de beoordeling van het gedrag in positieve of negatieve zin (Francis, et al., 2004). Als voorbeeld: een persoon kan geen waarde

hechten aan het stellen van vragen, omdat de informatie ook door andere informatiebronnen verkregen kan worden, zoals internet.

### 3.1.2. Subjectieve norm

De *subjectieve norm* refereert naar de waargenomen sociale druk van anderen om bepaald gedrag al dan niet uit te voeren (Ajzen, 1991). Sociale druk bestaat uit de normatieve verwachtingen van anderen op het individu die ervoor kunnen zorgen dat een individu zich conformeert aan de norm van anderen om geaccepteerd te worden (Aronson, et al., 2011). Sociale druk wordt daarom gezien als de druk waarbij de omgeving invloed probeert uit te oefenen op het individu om zo het gedrag van het individu te sturen in de richting van het gewenste gedrag. Het individu gaat zelf bedenken wat anderen van hem/haar verwachten vanuit de sociale norm. Zo blijken sociale normen bijvoorbeeld invloed te hebben op het gezondheidsgedrag van individuen (Thoits, 2011). Mensen passen hun gedrag aan aan het gedrag van vergelijkbare mensen in een groep en zullen daardoor eerder tot het gedrag van de groep overgaan (Thoits, 2011). Als in een groep roken acceptabel is en het individu zich wil vergelijken met de groep zal dit individu het rookgedrag eerder overnemen.

De subjectieve norm bestaat uit twee componenten, namelijk uit de 'normative beliefs' en de 'motivation to comply' (Ajzen, 1991). Bij de normatieve overtuigingen (normative beliefs) gaat het om welk gedrag men denkt dat wenselijk is. De maatschappij zou bijvoorbeeld door middel van reclames kunnen benadrukken dat de burgers veel informatie moet vragen tijdens een medisch consult, omdat dit de keuze van behandeling kan bevorderen. Bij de motivatie om in te stemmen met de norm (motivation to comply) gaat het om de bereidheid om mee te gaan in het gedrag met wat anderen van je verwachten. Men kan ook weerstand bieden tegen de norm. Dit heeft te maken met de mate van meegaandheid (of men snel beïnvloedbaar is) en conformiteit (bij een groep willen horen) (Cialdini & Goldstein, 2004).

### 3.1.3. Waargenomen gedragscontrole

Ajzen (1991) definieert *waargenomen gedragscontrole* als de perceptie die men heeft over de eigen gedragscontrole. Hierbij is gedragscontrole de beheersing die je hebt over je eigen gedrag. Bij de waargenomen gedragscontrole gaat het er om of iemand denkt dat hij/zij in staat is om het gedrag daadwerkelijk uit te kunnen voeren (Ajzen, 1991).

De waargenomen gedragscontrole werd toegevoegd aan de TPB omdat uit eerder onderzoek van Bandura (1986: In Ajzen, 1991) bleek dat mensen niet altijd zelfcontrole hebben over hun gedrag. Bandura (1986: In Ajzen, 1991) sprak namelijk over de eigen effectiviteit (self-efficacy) van mensen. De eigen effectiviteit wordt gedefinieerd als de overtuigingen van mensen over hun eigen kunnen om op verschillende niveaus op te treden en wat invloed kan hebben op situaties (Bandura, 1994). Zo kan bijvoorbeeld iemand met een gebrek aan eigen effectiviteit (Bandura, 1994), vaardigheden en/of kennis (Ajzen, 2002) niet het zelfvertrouwen hebben om het gedrag uit te voeren.

Naast interne factoren, zoals wilskracht, eigen effectiviteit en kennis kunnen ook externe factoren de waargenomen gedragscontrole beïnvloeden. Externe factoren zoals tijd, de beschikbaarheid van assistentie en de acties van anderen kunnen ervoor zorgen dat bepaald gedrag niet uitgevoerd wordt (Ajzen, 2002). Een patiënt kan enorme wilskracht hebben om vragen te stellen (intrinsieke factor), maar als hier geen tijd voor is tijdens een consult kan dit ervoor zorgen dat het daadwerkelijk uitvoeren van het gedrag niet plaatsvindt (extrinsieke factor). Een patiënt kan een vraag willen stellen (intrinsieke factor), maar als de arts aan het woord is en op een ander onderwerp overgaat (extrinsieke factor), kan dit ervoor zorgen dat de vraag door de patiënt vergeten wordt. Omgevingsfactoren spelen een rol bij de waargenomen gedragscontrole (Ajzen, 2002).

### 3.1.4. Theory of Planned Behavior: onderzoeksgebied en kwaliteit

Van origine is de theorie ontwikkeld om gedrag te verklaren, zoals het gebruik van alcohol of tabak (Rush, 2014). Doordat de theorie zich niet specifiek richt op een bepaald onderwerp, is de Theory of Planned Behavior op veel onderzoeksgebieden met betrekking tot gedrag bruikbaar (Ajzen, 1998). Zo hebben Andrews, Silk en Eneli (2010) de theorie gebruikt om te achterhalen wat de rol van ouders is bij het voorkomen van obesitas bij hun kinderen. De Leeuw, Valois, Ajzen en Schmidt (2015) hebben met de theorie onderzocht wat de achterliggende redenen zijn voor het beïnvloeden van milieuvriendelijk gedrag bij middelbare scholieren. Ook wordt de theorie veel gebruikt in de gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld bij het onderzoek van Jenner, Watson, Miller, Jones en Scott (2002) naar de invloedsfactoren voor handhygiëne bij professionals.

De kwaliteit van de theorie is veelvuldig onderzocht. Onderzoek wijst uit dat de onderliggende factoren als de attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole onderling sterk correleren (Ajzen, 2011). Dit geeft aan dat samenhang tussen de onderliggende factoren sterk is. Wanneer de invloeden vanuit de sociale norm veranderen, zal de waargenomen gedragscontrole en de attitude ten aanzien van het gedrag ook veranderen. Als voorbeeld: wanneer de groep, waar het individu bij hoort, tegen milieuvuiling is zal het individu zich willen conformeren met de groep en zal zijn/haar eigen attitude ten aanzien van milieuvuiling bijgesteld worden aan die van de groep.

Echter, er zijn ook veel studies die kritiek hebben op de theorie. Zo zijn de meningen verdeeld over de mate van correlatie tussen de componenten intentie en het gewenst gedrag (Ajzen, 2011). Uit onderzoek van Armitage en Conner (2001) is gebleken dat de Theory of Planned Behavior 20-30 procent van de variantie in het gedrag kan voorspellen bij interventies. De Theory of Planned Behavior kan een nog grotere percentage voorspellen van de intentie van het gedrag. De resultaten naar de correlatie tussen de intentie en het gewenst gedrag zijn dus niet unaniem (Ajzen, 2011).

### **3.2. Theory of Planned Behavior inzetten bij het vraaggedrag van patiënten**

In deze paragraaf zal de Theory of Planned Behavior gebruikt worden om het vraaggedrag van patiënten proberen te verklaren. Hierbij zal ingegaan worden op het gewenst gedrag, de intentie tot het gewenst gedrag, de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole.

#### **3.2.1. Gewenst gedrag**

Het stellen van vragen tijdens een gesprek met de arts, valt onder het begrip mondigheid en is het gewenst gedrag. Vragen stellen tijdens een consult wordt door de overheid gestimuleerd (RVZ, 2012). Door mondig te zijn krijgen individuen controle over bepaalde aspecten van het leven doordat ze een actieve en participerende rol innemen (Snyder & Engström, 2016). Een patiënt die mondig is kan meer informatie krijgen, zijn/haar gevoelens beter uiten en de behandeling beter begrijpen (Roter & Hall, 2006). De kosten van de zorg worden alleen maar hoger door de toename van chronisch zieken en de vergrijzing van de maatschappij, waardoor de overheid een beroep doet op de eigen verantwoordelijkheid van de burger (RIVM, 2014).

Goed patiëntschap, eigen regie, zelfmanagement, verantwoordelijkheid bij de patiënt; het zijn kernbegrippen in beleidsdocumenten van de laatste jaren (RVZ, 2002; RVZ, 2008; RVZ, 2012; RIVM, 2014). Patiënten moeten zich gedragen als autonome en goed geïnformeerde patiënten (Henselmans, Heijmans, Rademakers, & Van Dulmen, 2014). Om goed geïnformeerd te zijn is het nodig om informatie in te winnen door onder andere het stellen van vragen.

Het streven naar dit gewenst gedrag komt in verschillende vormen in de maatschappij voor. Een zorgverzekeraar voerde een campagne om de patiënt te helpen met het voorbereiden van een doktersbezoek (TNS NIPO, 2016). Reclames op televisie, een internetsite en radiospotjes vielen onder deze campagne. Hierbij gaven ze tips om goed voorbereid naar de arts te gaan door bijvoorbeeld vragen van tevoren op te schrijven of iemand mee te nemen naar een gesprek. Ook de Nederlandse Patiëntenfederatie (2016), die ruim 160 patiëntenorganisaties vertegenwoordigt, adviseert patiënten om zich voor te bereiden op een doktersgesprek door vragen te bedenken. Patiënten worden geadviseerd om in ieder geval de volgende drie vragen te stellen: 1) Wat zijn mijn mogelijkheden? 2) Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden? En 3) Wat betekent dat in mijn situatie? (Patiëntenfederatie Nederland, 2016).

Echter, de motieven van een zorgverzekeraar en een patiëntenfederatie zijn waarschijnlijk niet hetzelfde. Een zorgverzekeraar wil zo min mogelijk zorgkosten moeten uitbetalen. Goed geïnformeerd zijn is gunstig voor de behandeling van de patiënt, omdat maatwerk geleverd kan worden en zo efficiënter en effectiever omgegaan wordt met de zorg (Harrington, et al., 2004). Door maatwerk zullen de kosten voor de zorgverzekeraar dan ook lager zijn. De patiëntenfederatie wil zich sterk maken voor de mensen die zorg nodig hebben (Patiëntenfederatie Nederland, 2016). Zij willen dat de patiënt samen met de arts beslist over de behandeling en dat kan door goed geïnformeerd te worden door de arts maar ook door vragen te stellen. De motieven van deze twee zijn anders, maar allebei willen ze dat patiënten vragen stellen aan de arts.

#### **3.2.2. Intentie**

De intentie betreft de wil om vragen te stellen en daarmee mondig te zijn, omdat daardoor informatie verkregen wordt. Echter, het is niet duidelijk of de patiënt ook daadwerkelijk zelf de intentie heeft om vragen te stellen in de spreekkamer. Mondigheid blijkt vooral vanuit de overheid, zorgverzekeraars, zorginstellingen

(RVZ, 2002) en patiëntenfederatie (Patiëntenfederatie Nederland, 2016) aan gewenst gedrag te worden gezien. De vraag is hoe patiënten zelf denken over het stellen van vragen tijdens een medisch consult en of zij die actieve rol wel op zich willen nemen.

Als de patiënt de intentie heeft om vragen te stellen kan het zijn dat het niet lukt. Hierbij kan bijvoorbeeld tijd een rol spelen (Heritage & Clayman, 2010). Door het gebrek aan tijd kan het zijn dat de patiënt niet alle vragen kan stellen die hij/zij beoogde te stellen. In een consult is er doorgaans na de klachtpresentatie, eventueel lichamelijk onderzoek, diagnose en behandeling ruimte voor vragen (Heritage & Clayman, 2010). Dit is vaak aan het eind van het consult waardoor weinig tijd kan zijn om alle vragen te kunnen stellen.

Ook kunnen emoties ervoor zorgen dat het daadwerkelijk stellen van de vragen niet gebeurt. Er kunnen veel negatieve emoties opspelen wanneer een persoon naar het ziekenhuis moet. Stress, onzekerheid, angst, nervositeit, schaamte, bezorgdheid doen zich op dat moment voor (Eggly, Penner, Greene, Harper, Ruckdeschel, & Albrecht, 2006; TNS NIPO, 2016). Zo blijkt uit onderzoek van TNS NIPO (2016), dat patiënten regelmatig belangrijke informatie missen tijdens een gesprek met de arts. Zij geven daarbij aan dat bij 46% van de patiënten de boodschap langs hen heen gaat en niet alles gevraagd heeft wat ze van tevoren wilde vragen. Mensen kunnen overweldigd worden door de omgeving die onbekend is of mensen zijn in spanning voor het gesprek met de arts (Eggly, et al., 2006). Dit in combinatie met andere negatieve emoties als schaamte en angst zorgen ervoor dat patiënten hun vragen niet durven te stellen. Zeker bij 'slecht nieuws gesprekken' is het vergeten van het stellen van vragen aan de orde (Eggly, et al., 2006).

Tijd en emoties zijn voorbeelden van factoren die ervoor kunnen zorgen dat iemands intentie om vragen te stellen niet opgaat. Ook de arts kan ervoor zorgen dat vragen niet gesteld worden, omdat patiënten deze vragen niet durven te stellen aan de arts. De intentie wordt beïnvloed door de attitude ten aanzien van het vraaggedrag, door de druk van anderen om dat gedrag uit te voeren en door de mate van controle over het vraaggedrag. Deze factoren zullen in de volgende paragrafen aan bod komen.

### **3.2.3. Attitude ten aanzien van gedrag**

Als uitgegaan wordt van de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) zou de attitude ten aanzien het gedrag invloed hebben op de intentie tot het gedrag. De attitude wordt gevormd door de positieve en negatieve consequenties, maar ook door de verwachtingen die iemand van iets heeft (Ajzen, 1991). De verwachtingen van patiënten en de eerdere ervaringen van een patiënt met artsenbezoeken kunnen de attitude van een patiënt vormen. In dit onderzoek wordt nagegaan of de attitude ten opzichte van het stellen van vragen invloed heeft op de intentie tot het uiteindelijke vraaggedrag.

**Positieve en negatieve consequenties** – Men kan een positieve attitude hebben ten aanzien van het stellen van vragen tijdens een medisch consult. Men kan het belangrijk vinden om alles te weten te komen over zijn/haar aandoening en een eventuele behandeling. Een positieve consequentie van het stellen van vragen is namelijk dat er informatie verkregen kan worden (Harrington, et al., 2004; Roter & Hall, 2006). Wanneer men zijn/haar gezondheid belangrijk vindt, wil men weten hoe het gesteld is met de eigen gezondheid in tijden van klachten en aandoeningen. Uit onderzoeken van Harrington en collega's (2004) en Roter & Hall (2006) bleek dat patiënten die een positieve attitude hadden ten aanzien van het stellen van vragen, veel vragen stelden en hun behandeling hierdoor beter begrepen.

Naast positieve consequenties kan iemand ook negatieve consequenties ondervinden bij het stellen van vragen. Zo kan het zijn dat men geen vragen durft te stellen, omdat de rol van passieve patiënt wordt gehanteerd, waarbij het stellen van vragen niet gebruikelijk is (Roter & Hall, 2006). Men wil namelijk niet ongepast overkomen of iets fout doen, wat hen ervan weerhoudt om hun mening te geven en dokters vragen te stellen over bijvoorbeeld medische uitkomsten (Roter & Hall, 2006).

Door de kenniskloof en het asymmetrische karakter van de relatie tussen arts en patiënt kunnen patiënten het gevoel hebben dat ze geen andere keuze hebben dan meegaan in het systeem dat veel machtiger is dan zichzelf (Roter & Hall, 2006). Patiënten kunnen daarom een attitude hebben dat 'de arts weet wel wat goed voor hem/haar is'. Ze blijven conformeren aan de passieve rol, omdat ze geen sociale misstanden willen plegen of dom over willen komen als ze vragen stellen (Roter & Hall, 2006). Door de passieve rol vinden, vooral ouderen, het moeilijk om tegen het woord van de arts in te gaan en/of hun eigen verwachtingen kenbaar te maken (Roter & Hall, 2006).

**Eigen verwachtingen** – Door het stellen van vragen wordt voorkomen dat de patiënt verkeerde verwachtingen ten aanzien van de aandoening en behandeling schept (Veening, et al., 2009). Een arts kijkt anders naar een situatie dan een patiënt wat ervoor kan zorgen dat verschillende verwachtingen worden geschept voorafgaand aan een gesprek. De arts kijkt vanuit een medische bril naar de klachten van de patiënt, door te weten te komen wat de klachten zijn en hier een oorzaak voor te vinden. Beroepsmatig kijkt de arts met een zo objectief mogelijke blik naar het gesprek (Roter & Hall, 2006).

Een patiënt kan hele andere verwachtingen hebben van het gesprek, omdat men over het algemeen naar de dokter gaat om van klachten af te komen. De ervaringen van anderen, de fysieke conditie, fase en type ziekte, culturele en demografische kenmerken en eerdere ervaringen zijn bepalend voor de patiënt zijn/haar verwachtingen (Roter & Hall, 2006). Zo kunnen bijvoorbeeld eerdere positieve ervaringen met artsen ervoor zorgen dat patiënten het vertrouwen in de artsen hebben dat de arts hen kan helpen. Aan de andere kant, eerdere slechte ervaringen kunnen ervoor zorgen dat de patiënt niet veel gaat verwachten van een behandeling omdat dat de vorige keren niet goed heeft uitgekapt. Ook kan het bijvoorbeeld zijn dat buitenlandse vrouwen verwachten door een vrouwelijke arts te worden onderzocht, omdat ze dit prettiger vinden vanwege hun geloof (Veening, et al. 2009). Door vragen te stellen, kan het voor de patiënt duidelijker worden welke verwachtingen over de aandoening en behandeling hij/zij kan en mag hebben en kan miscommunicatie voorkomen worden. In dit onderzoek wordt onderzocht wat onder andere de verwachtingen van de patiënten zijn ten opzichte van het gesprek met de arts en het stellen van vragen aan de arts.

#### **3.2.4. Subjectieve norm**

De subjectieve norm refereert naar de waargenomen sociale druk van anderen om bepaald gedrag, in dit geval het stellen van vragen, al dan niet uit te voeren (Ajzen, 1991). Het begrip sociale druk kan gezien worden als de normatieve sociale verwachtingen van anderen. Sociale verwachtingen zijn verwachtingen die mensen uit iemands omgeving hebben van iemands gedrag. Als voorbeeld: andere mensen verwachten van iemand dat hij/zij de arts alles vertelt over zijn/haar klachten en geen zaken verborgen laat. Anderen verwachten dat diegene meewerkt bij het vinden van een passende behandeling. De norm is dan om de arts zo goed mogelijk op de hoogte te stellen van de klachten, zodat de arts een passende diagnose en behandeling kan stellen. Deze verwachtingen van de sociale omgeving kunnen ervoor zorgen dat een individu zich conformeert aan de norm van de omgeving om geaccepteerd te worden (Aronson, et al., 2011). Onder sociale omgeving vallen personen zoals familieleden, vrienden, leeftijdsgenoten, collega's en burens (Low, et al., 2015), maar ook de overheid, zorginstellingen, verzekeraars, de media (Dehue, 2014) en artsen (Roter & Hall, 2006). Al deze personen en instanties kunnen verwachtingen hebben hoe het individu zich zou moeten gedragen in een bepaalde situatie. Als voorbeeld: wanneer men aanhoudende klachten ondervindt zal de sociale omgeving (familie, vrienden, werkgever) op den duur diegene aansporen om naar de dokter te gaan, omdat diegene zijn dagelijkse bezigheden niet kan uitvoeren.

De focus van dit onderzoek zal liggen op deze sociale determinant van de TPB. Dit onderzoek betreft een sociologisch onderzoek waarbij de mate van ervaren sociale verwachtingen uitgelicht wordt. Er is weinig literatuur over de ervaringen van patiënten met vraaggedrag wanneer het gaat over het al dan niet ervaren van sociale verwachtingen. Over de determinanten attitude ten aanzien van het vraaggedrag (Roter & Hall, 2006) en de waargenomen gedragscontrole over het vraaggedrag is meer literatuur (Rademakers, 2016, Willems, et al., 2005). Door dit gegeven en de beperkte tijd die voor het onderzoek staat is het niet mogelijk om onderzoek te doen naar alle determinanten van de TPB.

**Maatschappelijke druk** – Vanuit de overheid wordt gewenst dat een patiënt verantwoordelijkheid draagt voor zijn/haar eigen gezondheid en mondig is (RVZ, 2008; RIVM, 2014; Kooiker & Hoeymans, 2014). Gezondheid wordt steeds vaker breed en positief opgevat, waarbij de focus niet alleen ligt op de afwezigheid van ziekten, maar meer op de mogelijkheden om met die ziekten om te gaan (Schippers & Van Rijn, 2015). In lijn met deze opvatting is de oude definitie van de World Health Organisation (WHO), die stelt dat gezondheid een staat is van compleet fysiek en mentaal welbevinden, aangepast (Huber, et al., 2011). De overheid wil burgers stimuleren om zelf meer verantwoordelijkheid te nemen voor de gezondheid en de oude definitie van gezondheid lijkt geen passende denkwijze om dit te bereiken. Volgens de oude definitie zou namelijk bijna niemand gezond zijn. Huber en collega's (2011) kwamen daarom met een nieuwe definitie, namelijk: Gezondheid als de mogelijkheid om je aan te passen en je eigen regie te voeren op het fysieke, mentale en sociale domein. Iemand met een chronische aandoening kan bij deze definitie nog steeds gezond zijn.

In de nieuwe definitie staan eigenschappen als zelfredzaamheid en veerkracht centraal. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft aan dat eigen verantwoordelijkheid belangrijk is, dat

patiënten moeten kunnen meebeslissen in de behandeling en vragen moeten stellen om informatie te kunnen krijgen over de behandeling (RIVM, 2014). De heersende gezondheidspolitiek, of leefstijlpolitiek zoals Dehue (2014) het noemt, stelt dat gezondheid een kwestie is van keuze en koopwaar. Burgers worden meer dan ooit gestimuleerd om zich op te stellen als verantwoordelijke actieve consumenten, die weloverwogen beslissingen nemen en op eigen kosten met zichzelf aan de slag gaan.

De verwachting vanuit de politiek is dat patiënten zelf verantwoordelijkheid nemen voor een gezonde leefstijl en beslissingen nemen over behandelingen (RVZ, 2012). Zo wordt er van patiënten verwacht dat ze zelf een doordachte keuze maken voor een zorgverzekeraar. Niet alleen moet gekeken worden naar het pakket en de prijs, maar moet ook naar de kwaliteit van de zorgaanbieders. Als ander voorbeeld dat aangeeft dat men eigen regie moet nemen is dat gekeken moet worden wat men nog kan. Door onder andere het houden van keukentafelgesprekken om ouderen langer thuis te laten wonen en mensen in de omgeving te vragen om mantelzorg te verlenen wil de overheid de verantwoordelijkheid meer bij de burger leggen (RVZ, 2012).

Niet alleen de overheid draagt deze politiek uit, maar ook de media (Dehue, 2016), zoals de campagne van een zorgverzekeraar (Zilveren Kruis Achmea, 2016). De gezondheidsinformatie die we opvangen vanuit de media beïnvloedt ons gedrag (Bryant & Zillmann, 2002). Deze informatie kan komen door berichten uit kranten, het journaal of televisieprogramma's over gezondheidstopics, internetsites of sociale media. Mediaberichten die expliciet ingaan op het stimuleren van mensen om vragen te stellen aan een arts, zijn schaars. De meeste mediaberichten gaan over de verantwoordelijkheid van de burger en blijft het vraaggedrag vaker op de achtergrond. Daarnaast, literatuur is schaars over het effect van het promoten van vraaggedrag in de media op het uiteindelijk stellen van vragen aan een arts. Het is niet bekend of men beïnvloed wordt door de verwachtingen vanuit de maatschappij en wat hun ervaringen hiermee zijn. Als zij druk ervaren, is hoeverre nemen zij deze dan mee in het vraaggedrag tijdens een gesprek met de arts? Deze vragen blijven onbeantwoord.

**Sociale druk vanuit de directe omgeving** – Binnen de maatschappij kan de directe sociale omgeving ook het denken over de gezondheid van een patiënt beïnvloeden. Met de directe sociale omgeving worden familieleden, collega's, vrienden en burens, et cetera bedoeld. Via de gezondheidsgerelateerde normen die binnen het netwerk gelden, via sociale steun of via de informatie die men uit zijn netwerk kan halen kan de directe sociale omgeving gezondheidsgedrag beïnvloeden (Ruijsbroek & Droomers, 2008). Als vrienden sporten kan het ervoor zorgen dat het individu ook gaat sporten, wat gezond is. Wanneer de directe sociale omgeving het bijvoorbeeld belangrijk vindt dat een patiënt vragen stelt aan de arts, zou dit het vraaggedrag van de patiënt kunnen beïnvloeden. De normen vanuit de groep waar de patiënt zich bij aangesloten voelt, hebben namelijk invloed op hoe de patiënt over zijn/haar eigen gedrag denkt (Ruijsbroek & Droomers, 2008). In hoeverre de directe sociale omgeving van invloed is bij het opstellen en het stellen van vragen door de patiënt is niet bekend. Dit moet nader worden onderzocht.

**Sociale druk vanuit artsen** – Eveneens kunnen artsen druk leggen op de patiënt door te controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft en/of de patiënt te stimuleren om vragen te stellen (Koole, 2015). Het is volgens Koole (2015) bepalend hoe de vraag door de arts gesteld wordt. Als een arts vraagt: "Begrijpt u het?" is er een normatieve druk om te antwoorden met "ja", maar is het antwoord "nee" alsnog een optie. Wanneer een arts vraagt: "Begrijpt u het nu?" wordt de druk om "ja" te antwoorden verhoogd door het woordje *nu*, want de patiënt wil niet dom overkomen na het verhaal twee keer gehoord te hebben.

Het niet aan durven geven door de patiënt dat hij/zij informatie niet begrijpt kan te maken hebben met de traditionele rolverdeling van arts en patiënt, omdat de patiënt weinig in te brengen heeft tijdens een consult (Brandt, 2009; Heritage & Clayman, 2010). De autoriteit van de arts is in zekere mate nog steeds aanwezig waardoor door Brandt (2009) getwijfeld wordt aan het paradigma van de 'patiënt centraal'. Daarnaast willen patiënten vaak niet ongepast overkomen, waardoor het stellen van vragen achterwege bleef (Roter & Hall, 2006). Door te knikken lijkt het alsof de patiënt de informatie begrepen heeft, maar dit zegt niets over of dit echt cognitief begrepen is. De arts kan niet in het hoofd van de patiënt kijken, dus als de patiënt niet aangeeft iets niet te begrijpen, moet hij/zij dat zeggen. Als de patiënt de informatie cognitief gezien niet begrepen heeft is de kans dat de patiënt later vragen heeft waarschijnlijk (Koole, 2015).

Nog niet bekend is in hoeverre patiënten zich laten beïnvloeden door de arts bij het stellen van vragen aan de arts. Wat vinden zij zelf van het stellen van vragen aan een arts en wat zijn hun ervaringen daarmee? Nemen zij in hun gedachten mee wat de arts van hun vragen zou vinden? Deze vragen zijn van belang om te onderzoeken hoe artsen een rol spelen bij de patiëntervaringen rondom het stellen van vragen aan de arts.



### 3.2.5. Waargenomen gedragscontrole

Met waargenomen gedragscontrole wordt bedoeld in welke mate de patiënt zelf denkt dat hij/zij in staat is om vragen te stellen aan de arts. Hierbij speelt de eigen effectiviteit van iemand een rol (Bandura, 1994). Wanneer een patiënt niet gelooft in zijn/haar eigen kunnen om vragen te stellen, zal dit gedrag waarschijnlijk niet tot uiting komen.

Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat een op de twee volwassen Nederlanders moeite heeft om zelf de regie te voeren op het gebied van gezondheid, ziekte en zorg (Rademakers, 2016). Dit komt doordat mensen met een beperking dit niet zelf kunnen, maar kan ook komen doordat mensen lage gezondheidsvaardigheden hebben, informatie niet begrijpen en niet het zelfvertrouwen en de motivatie hebben (Rademakers, 2016). Met het begrip gezondheidsvaardigheden worden de competenties van patiënten in het vinden, begrijpen en toepassen van informatie op het gebied van gezondheid, ziekte en zorg bedoeld (Rademakers, 2015). Mensen met lage gezondheidsvaardigheden vinden het lastig om te participeren in de spreekkamer. Schaamte kan optreden, waardoor de patiënt geen vragen stelt (Rademakers, 2015).

Kennis en de sociaaleconomische status is bepalend in de communicatie tussen arts en patiënt. Een hoogopgeleide patiënt heeft betere kennis en vaardigheden om meer informatie van de arts te vragen en kan zijn gevoelens en verwachtingen beter uiten (Willems, et al., 2005). De lager opgeleiden zijn in het nadeel doordat zij bepaalde kennis missen. Onderzoek van Willems en collega's (2005) stelt dat patiënten uit een lagere sociale klasse minder positieve sociaal-emotionele uitingen ontvangen van de arts, die hoogopgeleid is. Daarbij is er een minder participerende communicatiestijl tussen arts en patiënt wanneer de patiënt laagopgeleid is. Patiënten uit een lagere klasse krijgen minder informatie, minder advies en bouwen een beperktere band op met de arts (Willems, et al, 2005).

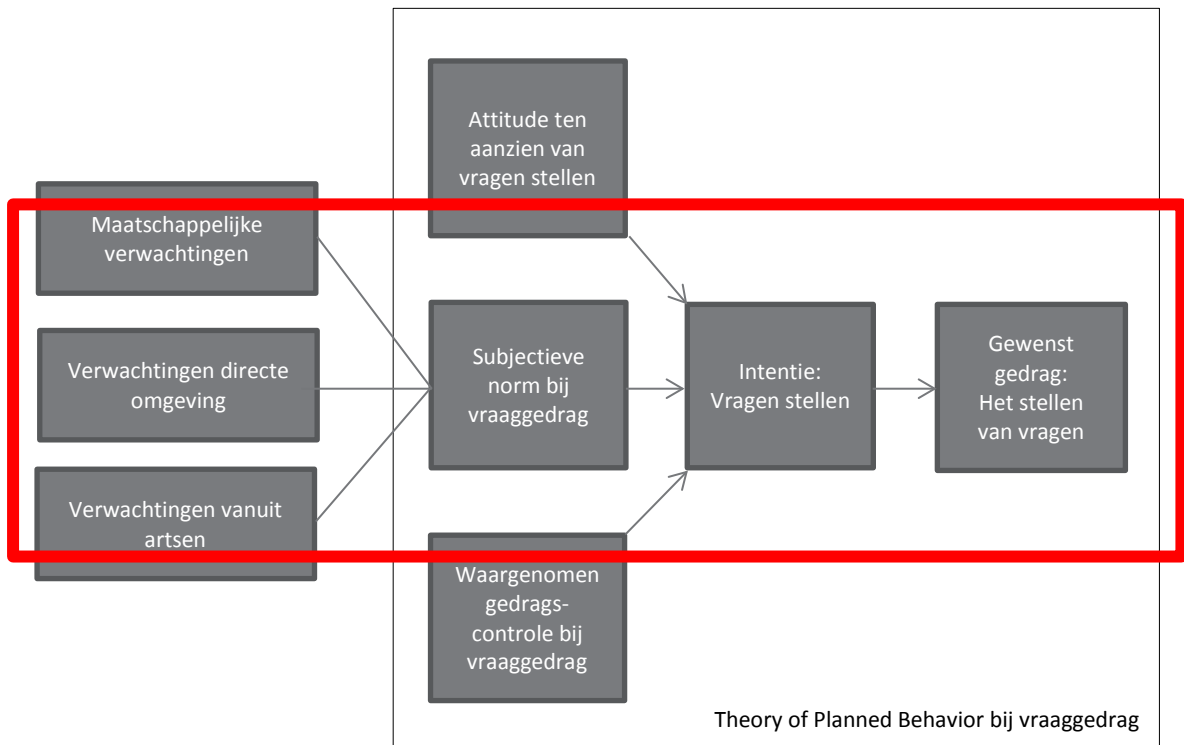
Leeftijd en geslacht hebben eveneens invloed op het communiceren in de spreekkamer. Uit onderzoek van Clayman, Roter, Wissow, & Bandeen-Roche (2005) blijkt dat ouderen en mannen het lastiger vinden om vragen te stellen en zo informatie te verkrijgen. Vrouwen zijn pro-actiever in hun communicatie, omdat ze beter gevoelens kunnen uiten en een actieve rol willen in de decision making (Roter & Hall, 2006).

### 3.3. Conclusie

Om te kunnen verklaren wanneer een patiënt al dan niet vragen stelt tijdens een arts-patiënt gesprek is in dit hoofdstuk de Theory of Planned Behavior toegepast. Naar voren is gekomen dat vele factoren invloed kunnen hebben op het vraaggedrag van de patiënt, zoals tijd, de attitude en verwachtingen van de patiënt (Roter & Hall, 2006), emoties (TNS NIPO, 2016), gezondheidsvaardigheden (Rademakers, 2016) en de SES (Willems, et al., 2005). Daarmee is veel bekend over de determinanten attitude ten aanzien van het vraaggedrag en de waargenomen gedragscontrole.

Echter, zoals al eerder is aangegeven ligt de focus van dit huidige onderzoek op de determinant subjectieve norm. De maatschappij stimuleert de burgers om mondig te zijn in de spreekkamer (RIVM, 2014; RVZ, 2008), maar in hoeverre dit door de patiënt wordt ervaren en of zij deze gewenste norm daadwerkelijk meenemen bij het vraaggedrag is onbekend. Vanuit de directe omgeving is bekend dat sociale invloed gezondheidsgedrag kan beïnvloeden (Ruijsbroek & Droomers, 2008), maar er is geen literatuur over of dit ook bij het vraaggedrag van patiënten geldt. Daarnaast is onbekend in hoeverre patiënten hun sociale omgeving betrekken in de voorbereiding van een doktersgesprek. Ook is vrij weinig bekend over wat patiënten eigenlijk vinden van het stellen van vragen aan een arts.

In het huidig onderzoek zal de patiënt aan het woord komen en zal uit ervaringen onderzocht worden in hoeverre patiënten verwachtingen ervaren vanuit de maatschappij, de directe omgeving en vanuit artsen bij het stellen, maar ook het bedenken van deze vragen. In figuur 2 wordt de Theory of Planned Behavior weergegeven bij het verklaren van het vraaggedrag van patiënten. De rode omlijning geeft het gebied weer waar in dit huidig onderzoek de nadruk op ligt. Te zien is dat de rode lijn door de determinanten attitude ten aanzien van het gedrag en de waargenomen gedragscontrole heen gaat. De drie determinanten beïnvloeden samen de intentie en het uiteindelijke vraaggedrag (Ajzen, 2011) en worden daarom niet helemaal los van elkaar gehouden, maar de focus ligt in dit onderzoek op de subjectieve norm.



Figuur 2. Conceptueel model van het vraaggedrag van de patiënt aan de hand van de TPB.

## Hoofdstuk 4. Methode

De literatuur leidde tot de conclusie dat er nog weinig bekend was over in hoeverre patiënten sociale verwachtingen ervaren bij het stellen van vragen aan artsen. Dat had gevolgen voor de opzet van het empirisch onderzoek. In dit hoofdstuk zal daarom ingegaan worden op de methode om uit te leggen hoe dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. In 4.1. wordt de gekozen onderzoeksmethode besproken met de daarbij behorende onderzoeksopzet en in 4.2. zal de context van het onderzoek aan bod komen. Paragraaf 4.3 geeft inzicht in de onderzoekspopulatie, met daarbij in 4.3.1. de werving en in 4.3.2. de kenmerken van de onderzoekspopulatie. In 4.4. komt de dataverzameling met bijbehorend interviewschema aan bod waarbij in 4.5. de pilottest besproken wordt die gehouden is om het interviewschema te testen. Paragraaf 4.6. geeft inzicht in de data-analyse en afsluitend zal in 4.7 de ethiek en in 4.8. de geldigheid en betrouwbaarheid geformuleerd worden.

### 4.1. Kwalitatief onderzoek

Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen wat patiënten vonden van het stellen van vragen aan de arts tijdens een eerste consult en in hoeverre sociale verwachtingen een rol spelen bij het vraaggedrag. Om dit doel te bereiken werden de ervaringen en meningen van patiënten als uitgangspunt genomen. Het onderzoek was explorierend van aard, omdat nog weinig inzicht was in dit onderwerp. Door dit onderzoek kan een gedetailleerd beeld geschetst worden van de mate van sociale verwachtingen die patiënten ervaren en wat het mechanisme is.

In dit onderzoek is voor een kwalitatieve onderzoeksmethode gekozen. Uit de literatuur kwam naar voren dat er vrijwel niets bekend was over patiëntervaringen waar sociale verwachtingen een invloed spelen rondom het vraaggedrag van patiënten. Om deze thematiek te exploreren was een kwalitatieve onderzoeksbenadering daarom het meest geschikt. Kwalitatief onderzoek is namelijk bruikbaar om onderwerpen te exploreren en menselijk gedrag en gedachten te kunnen begrijpen (Hennink, Hutter & Bailey, 2011).

Daarnaast is kwalitatief onderzoek geschikt voor het onderzoeken van 'waarom' vragen en wordt het tevens gebruikt om processen te kunnen doorgronden (Hennink et al, 2011). Dit onderzoek richtte zich niet alleen op de vraag wat de ervaringen van patiënten waren met het stellen van vragen aan een arts, maar ook waarom en hoe dit proces gaat. Waarom stelt de ene patiënt zijn vragen wel en de andere patiënt niet en hoe gaat het proces van het stellen van vragen? Door kwalitatief onderzoek toe te passen konden deze vraagstukken onderzocht worden.

Binnen kwalitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van een inductieve en deductieve onderzoeksmethode (Babbie, 2013). Bij deductief onderzoek toetst men een bestaande theorie, terwijl bij inductief onderzoek geprobeerd wordt om een nieuwe theorie op te stellen door middel van de verzamelde data (Babbie, 2013). In dit onderzoek is een combinatie van de twee onderzoeksmethoden gebruikt, omdat deels gebruik gemaakt wordt van Theory of Planned Behavior om het vraaggedrag te onderzoeken en deels onbekende informatie, namelijk de ervaringen van patiënten, vergaard moet worden om de Theory van Planned Behavior voor vraaggedrag aan te vullen.

De opzet van het onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van de ontwerpfase en etnografische fase uit de onderzoekscyclus van Hennink en collega's (2011). De derde fase in de onderzoekscyclus van Hennink en collega's (2011) zal in paragraaf 4.6 worden toegelicht. In de ontwerpfase is vooronderzoek uitgevoerd en met sleutelfiguren gesproken. In de etnografische fase zijn patiënten aan het woord gekomen. Hieronder zal dieper worden ingegaan op de verschillende fases.

#### 4.1.1. Ontwerpfase

**Literatuur** – In de literatuur is gezocht naar wat allemaal bekend was over het vraaggedrag van patiënten. Uit die analyse kwam naar voren dat veel factoren van invloed bleken op het stellen van vragen, zoals te lezen is in de inleiding van dit onderzoeksrapport. Om een overzicht te krijgen in alle literatuur is ervoor gekozen om de factoren te ordenen en onder te brengen in de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). Tijdens het onderbrengen van alle factoren werd duidelijk dat vrijwel geen literatuur bekend was over een aspect van de theorie, namelijk de subjectieve norm. Er was weinig bekend over in hoeverre sociale verwachtingen invloed hadden op het stellen van vragen van patiënten. Explorierend onderzoek bleek nodig om te achterhalen wat de ervaringen van patiënten waren en in welke mate anderen hierbij een rol speelden.

**Sleutelfiguren** – Parallel aan het zoeken in de literatuur is met sleutelfiguren van zowel binnen als buiten het UMCG gesproken om hun inzichten over het onderzoeksonderwerp te weten te komen. Deze personen hadden een achtergrond in de sociologie, het onderwijs, de zorg, communicatie en patiëntenbelangen. Zo is onder andere met personen binnen de universiteit gesproken zoals een professor communicatie- en informatiewetenschappen van de faculteit Letteren, een PhD student gezondheidscommunicatie en universitaire docenten die zich bezighouden met medisch sociologische vraagstukken. Binnen het UMCG is gesproken met een communicatiemedewerker, een stafmedewerker patiëntenparticipatie, drie nurse practitioners, een uroloog, revalidatiearts, gynaecoloog en arts-onderwijskundige. Het doel hiervan was om meer achtergrondkennis te vergaren over de procedures binnen het UMCG, zoals hoe een consult gevoerd wordt, wanneer patiënten vragen stellen en wat zij vragen. Door gesprekken te voeren met deze personen heeft de onderzoeker zich meer kunnen verdiepen in de thematiek rondom het vraaggedrag van patiënten en deze opgedane kennis kon worden meegenomen in het opstellen van het onderzoek en het daarbij horende interviewschema. Zo zijn bijvoorbeeld vragen bedacht over wat de patiënt vindt dat de rol is van de patiënt en de arts tijdens een consult en wat de patiënt vindt van de procedure van consultvoering.

#### **4.1.2. Etnografische fase**

**Interviews** – In de etnografische fase is data verzameld door middel van interviews om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Om te onderzoeken wat de ervaringen van patiënten waren met het stellen van vragen en welke rol sociale verwachtingen hierbij speelden was het van belang om patiënten zelf aan het woord te laten komen. Op basis van de literatuur en door te spreken met sleutelfiguren zijn onderwerpen en vragen bedacht voor het interviewschema, zoals de voorbereiding van een gesprek en vragen naar de redenen voor het al dan niet stellen van vragen. In paragraaf 4.7. zal dieper worden ingegaan op de interviewmethode.

#### **4.2. Context van het onderzoek**

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) te Groningen. Het UMCG is een van de grootste ziekenhuizen in Nederland. Het UMCG werkt nauw samen met de Rijksuniversiteit Groningen (RUG), waardoor het mogelijk was om voor de opleiding Sociologie een afstudeeronderzoek uit te voeren binnen het UMCG. Samen met een arts-onderwijskundige binnen het UMCG, die ook begeleiding gaf, is het onderzoeksonderwerp tot stand gekomen.

Het bedenken, opstellen en schrijven van het onderzoek heeft zich deels afgespeeld op flexplekken binnen het UMCG, deels op computers binnen het Faculteitsgebouw Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de RUG en deels op de laptop van de onderzoeker. De dataverzameling heeft plaatsgevonden bij de participanten thuis en in een spreekkamer op de afdeling Orthopedie. Alle interviews zijn afgenomen in dorpen en steden in de provincies Groningen en Drenthe. Het verwerken en analyseren van de data is gedaan op een beveiligde computer binnen het UMCG en de RUG om veilig met de data om te kunnen gaan.

#### **4.3. Onderzoekspopulatie**

Bij kwalitatief onderzoek wordt doelgericht bepaald welke variabelen wel en niet bij de onderzochte groep voor moeten komen, wat purposive sampling genoemd wordt (Willems & Van Zwieten, 2004). Er is in dit onderzoek een aantal eisen geformuleerd voor de selectie van de onderzoekspopulatie, deels op theoretische gronden (theoretical sampling), deels uit pragmatische overwegingen. Theoretical sampling is een selectiemethode binnen de purposive sampling waarbij op grond van theoretische overwegingen de doelgroep geselecteerd wordt (Willems & Van Zwieten, 2004). Uit de bestaande theorie bleken bepaalde persoonskenmerken van invloed op het stellen van vragen door patiënten, zoals het geslacht en de leeftijd (Clayman, et al., 2005) van de patiënt. Deze variabelen hebben om die reden een rol gespeeld in het selecteren van de onderzoeksgroep. Ook de SES bleek van invloed (Willems, et al., 2005), maar uit de patiëntengegevens was niet te achterhalen of iemand hoog- of laagopgeleid is, waardoor gekozen is om dit selectiecriteria niet mee te nemen.

##### **4.3.1. Nieuwe patiënten**

Dit onderzoek gaat over patiënten die in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) kwamen voor een eerste consult. Het betreft hier dus nieuwe patiënten. Hiervoor is gekozen, omdat deze patiënten nog geen ervaring hebben opgedaan met het bezoek aan de afdeling Orthopedie van het UMCG. Verondersteld

werd dat zij onwetend zijn voor wat hen te wachten staat, daar bepaalde verwachtingen over hebben en meer vragen hebben dan patiënten die bijvoorbeeld voor de derde keer op controlegesprek komen.

Toen eenmaal de dataverzameling gestart was, bleek dat patiënten na een eerste consult vaak verdere onderzoeken moesten doen voordat duidelijk was wat de oorzaak van de klachten konden zijn. Hiervoor moesten patiënten een botscan, MRI of ander type onderzoek ondergaan waarvoor ze op een andere dag een andere afspraak moesten maken. Na het onderzoek zouden ze weer een afspraak maken met de arts om de uitslagen van de onderzoeken te bespreken. Tussen het eerste consult en de afspraak waar de uitslag bekend werd ging zo een aantal weken overheen.

Doordat de patiënten geïnterviewd werden na hun eerste consult wisten velen nog geen uitslag van hun onderzoeken of moesten ze zelf nog onderzoeken ondervinden. Hierdoor is halverwege de dataverzameling de selectie van onderzoeksgroep bijgesteld van patiënten die hun eerste consult hebben gehad naar nieuwe patiënten die hun eerste consult hebben gehad en wellicht ook al een onderzoek hebben gehad. Het is bij kwalitatief onderzoek niet ongebruikelijk dat de selectie van de onderzoeksgroep in de loop van het onderzoek verandert (Willems & Van Zwieten, 2004).

#### **4.3.2. Polikliniek**

Er is gekozen om patiënten van een bepaalde polikliniek binnen het ziekenhuis op te nemen in het onderzoek, namelijk patiënten van de afdeling Orthopedie. De populatie voor dit onderzoek bestond dus uit nieuwe patiënten die op afspraak kwamen bij de Orthopedie. Voor deze polikliniek is gekozen omdat op deze afdeling zowel mannen als vrouwen komen. Er werd namelijk geprobeerd om zo divers mogelijk te inventariseren wat de reden voor het stellen van vragen was. Hiervoor was een criteria om zowel mannen als vrouwen op te nemen in het onderzoek.

Zowel het opnemen van mannen als vrouwen was van belang bij het kiezen van een polikliniek. Een polikliniek zoals de Obstetrie en Gynaecologie waar vrouwen komen of de Urologie waar overwegend mannen komen vielen om deze reden af. Daarnaast is voor de Orthopedie gekozen omdat een sleutelfiguur binnen het UMCG, een arts-onderwijskundige, nauwe contacten heeft binnen de afdeling Orthopedie die gebruikt konden worden voor het selecteren van patiënten.

De afdeling Orthopedie houdt zich bezig met aandoeningen aan het steun- en bewegingsstelsel. Dit steun- en bewegingsstelsel bestaat uit botten, gewrichten, spieren, pezen en banden (UMCG, 2016b). De aandoeningen die patiënten kunnen hebben zijn ontstekingen of ontwrichtingen in de gewrichten, slijtage van botten of gewrichten, gescheurde pezen, botbreuken, rugklachten, reuma of kanker. De meeste patiënten komen alleen voor behandelingen op de polikliniek en hoeven niet te worden opgenomen. De patiënten krijgen na de orthopedische behandeling begeleiding om vrij van pijn en beperking te kunnen bewegen en hier weer zelfvertrouwen in te krijgen (UMCG, 2016b). Op deze polikliniek komen jaarlijks 17.000 patiënten, waarvan een derde voor een eerste consult (UMCG, 2016c).

#### **4.3.3. Type aandoening**

Voor dit onderzoek werden de patiënten geselecteerd die klachten hadden aan de botten en gewrichten als de heupen, knieën, voeten en rug. Er is niet gekozen om bijvoorbeeld alleen nieuwe heuppatiënten te selecteren, omdat per week slechts enkele nieuwe patiënten op de Orthopedie komen en het dan de vraag was of ze ook wilden deelnemen aan het onderzoek. Het werven van patiënten met dezelfde aandoening zou dan te lang duren in de uitvoeringsperiode van het onderzoek. Door patiënten met verschillende aandoeningen te gebruiken verhoogde dit de variatie in de patiëntengroep en gaf dit een algemener beeld over de ervaringen van Orthopediepatiënten bij het stellen van vragen aan de arts.

In overleg met de nurse practitioners van de afdeling Orthopedie is geselecteerd welke patiëntengroepen benaderd konden worden voor deelname en welke buiten beschouwing moesten worden gelaten. Patiënten met ernstige aandoeningen zoals botkanker werden buiten de selectie gehouden. Hiervoor is gekozen omdat een ernstige aandoening als bijvoorbeeld botkanker veel impact kan hebben op het dagelijks leven en emotionele gesteldheid van de patiënt. Deze patiënten stellen mogelijk ander soort vragen en misschien meer vragen dan patiënten die geen levensbedreigende aandoeningen, omdat ze onzekerder zijn over de toekomst, maar vanuit ethisch perspectief is gekozen om geen patiënten op te nemen die aandoeningen hebben die levensbedreigend zijn of waar zij jaren voor onder behandeling moeten zijn.

#### 4.3.4. Leeftijd

Leeftijd is als selectie criterium opgenomen omdat leeftijd van invloed blijkt op de communicatie tussen arts en patiënt (Clayman, et al., 2005). Bij de afdeling Orthopedie varieert de leeftijd aardig, want bijvoorbeeld schouderklachten kunnen zich al op een jonge leeftijd voordoen. Desalniettemin, de meerderheid van de patiënten die bij de Orthopedie komen zijn oudere mensen. Verschillende leeftijdscategorieën worden meegenomen in het onderzoek omdat patiënten van 30/40 jaar tot patiënten ver in de 80 jaar op de afdeling Orthopedie komen.

#### 4.3.5. Werving

Via het netwerk van een arts-onderwijskundige binnen het UMCG was het mogelijk om patiënten van de afdeling Orthopedie te mogen benaderen. Via de onderzoekscoördinator van de afdeling Orthopedie is contact gelegd met nurse practitioners binnen de afdeling die konden helpen bij het werven van patiënten. Een nurse practitioner heeft bij het secretariaat een lijst laten opstellen met patiënten die benaderd mochten worden. Door middel van het patiëntenbestand van de polikliniek konden patiënten geselecteerd worden die voor het eerst een afspraak op de polikliniek hadden en daar kwamen wegens klachten aan de botten of gewrichten als de heupen, voeten, knieën en de rug. Zowel mannen als vrouwen van verschillende leeftijden werden geselecteerd.

De patiëntenlijst werd op de afdeling Orthopedie aan de onderzoeker overhandigd, maar deze lijst moest binnen het ziekenhuis blijven. Op de patiëntenlijst stond namelijk persoonlijke informatie zoals de naam, geboortedatum, datum van de eerste afspraak bij de Orthopedie, het adres en het telefoonnummer van de patiënt. Het was bij de onderzoeker niet bekend waarvoor de patiënt bij de polikliniek kwam en wie de behandelend arts was.

**Brieven versturen** – Nadat de patiënten het gesprek met de arts hadden gehad kregen zij twee à drie dagen later een brief thuis toegestuurd met informatie over het onderzoek (bijlage 1). In de brief werd gevraagd of zij wilden nadenken over deelname aan het onderzoek. Deze brief is samen met de afdeling Orthopedie opgesteld en goedgekeurd door de onderzoekscoördinator van de afdeling. De onderzoekscoördinator gaf aan vaker via deze procedure patiënten te benaderen voor onderzoeken binnen de afdeling. De brieven zijn in een UMCG-envelop verzonden vanuit het ziekenhuis.

**Telefonisch benaderen** – Om patiënten de mogelijkheid te geven om over hun deelname na te denken zijn ze een aantal dagen later, na het ontvangen van de brief, gebeld door de onderzoeker. In de brief stond aangegeven dat zij gebeld zouden worden. Een aantal patiënten was niet telefonisch bereikbaar waardoor zij meerderde malen gebeld zijn.

Tijdens het belgesprek vertelde de onderzoeker dat gebeld werd namens de afdeling Orthopedie en werd gevraagd of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Wanneer een patiënt mee wilde werken werd een afspraak gemaakt voor het interview. Het interview werd gehouden op een plek waar de participant zich het prettigst bij voelde. Dit was bijvoorbeeld in de vertrouwde omgeving zoals thuis.

#### 4.3.6. Respons

In totaal zijn 30 orthopediepatiënten benaderd voor het onderzoek. Negen patiënten zijn benaderd die voor het eerst op consult kwamen in week 24 (13 tot en met 17 juni) en 21 patiënten die een eerste afspraak hadden in de periode van 4 tot en met 15 juli. Er zat een periode tussen de twee wervingsperiodes doordat de eerste opgestelde lijst niet genoeg patiënten opleverde. Daarbij kostte het opstellen van die lijst veel werk, omdat de nurse practitioner per behandelend arts moest uitzoeken welke patiënt op het spreekuur kwam, welke aanpak deze patiënt had en of deze patiënt nieuw was of voor een controlegesprek kwam.

Aan alle 30 patiënten is de informatiebrief verzonden. Een brief is teruggekomen bij de afdeling, omdat het adres niet correct bleek. Dus 29 patiënten hebben de brief gekregen. Bij een persoon stond geen telefoonnummer waardoor in totaal 29 personen telefonisch benaderd zijn. Dit aantal is 29 en niet 28, omdat de persoon die de brief niet ontvangen had wel benaderd is via de telefoon. Later werd namelijk pas duidelijk dat de brief was teruggekomen op de afdeling Orthopedie. Deze persoon wilde deelnemen aan het onderzoek, maar was sindsdien niet meer te bereiken.

Dus 29 patiënten zijn gesproken over de telefoon, waarbij 15 patiënten aangaven niet deel te willen nemen. Daarbij gaven vier aan dat zij de afspraak met de arts verschoven hadden naar september of de

afpraak vergeten waren en dus nog niet geweest waren. Aan deze vier patiënten werd daarom gevraagd of de onderzoeker hen bij te weinig respons alsnog mocht benaderen voor het onderzoek, waar zij alle vier positief op reageerden. Uiteindelijk hebben tien patiënten aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Tien interviews zijn afgenomen.

#### 4.3.7. Kenmerken participanten

De onderzoeksgroep bestond uit zes vrouwen en vier mannen. De leeftijd varieerde van 37 jaar tot en met 86 jaar. In tabel 1 zijn de leeftijdscategorieën aangegeven. Alle interviews hebben in de Nederlandse taal plaatsgevonden. Vier van de tien interviews zijn afgenomen in een spreekkamer op de afdeling Orthopedie en de overige zes bij de participanten thuis. Om daar te komen is gebruik gemaakt van het openbaar vervoer.

Tabel 1. Leeftijdscategorieën participanten

| Leeftijdscategorie | Aantal participanten<br>(N = 10) |
|--------------------|----------------------------------|
| < 50               | 1                                |
| 50 – 59            | 2                                |
| 60 – 69            | 4                                |
| 70 – 80            | 2                                |
| 80 – 89            | 1                                |

Van de tien interviews is een interview gehouden met de echtgenote van de patiënt. Dit kwam doordat de mannelijke patiënt onlangs een herseninfarct had gehad en niet in staat was om zelf bij het interview aanwezig te zijn. Hij zou volgens zijn vrouw niet goed uit zijn woorden kunnen komen en heeft rust nodig om te revalideren. Zijn vrouw wilde in zijn plaats het interview afnemen omdat zij weet hoe hij tegen het bezoek aan de Orthopedie aankijkt. Bij een ander interview werd het gesprek met de vrouwelijke patiënt gevoerd en was de echtgenoot ook aanwezig. Dit interview was bij hen thuis waar de man op dat moment ook was. De echtgenoot mengde zich in het gesprek. In totaal zijn dus 9 patiënten geïnterviewd, waarbij bij één de echtgenoot bij aanwezig was en ook deelnam aan het interview, en is één interview gehouden met de echtgenoot van een patiënt.

Bij deze twee interviews is door toeval informatie verkregen afkomstig van het perspectief van de echtgenoot/echtgenote van de patiënt wat gezorgd heeft voor meer inzicht in de rol van de sociale omgeving van de participant. Ook al was de echtgenote van de patiënt er om het interview voor haar man af te nemen, ze heeft zelf ook aangegeven wat haar rol is bij bijvoorbeeld zijn voorbereiding aan een doktersconsult. Ditzelfde gold voor het andere interview waar de echtgenoot zich mende in het interview en antwoord gaf op vragen. Door deze informatie kan dieper ingegaan worden op de rol van de sociale omgeving en in hoeverre zij zich mengen in bijvoorbeeld de voorbereiding van de patiënt.

In tabel 2 is aangegeven waarvoor de participanten bij de Orthopedie een afspraak hadden. In de tabel is te lezen dat sommige participanten al vaker bij de afdeling Orthopedie zijn geweest en operaties hebben gehad om hun klachten te verhelpen. Uit de gesprekken met patiënten kwam naar voren dat patiënten niet alleen over ervaringen met de afdeling Orthopedie praatte, maar ook ervaringen met andere ziekenhuisbezoeken deelden, zoals in de derde kolom in tabel 2 is weergegeven. Sommige participanten hadden weinig te vertellen over hun afspraak bij de afdeling Orthopedie, omdat ze nog maar een afspraak hadden gehad en eerst een onderzoek moesten ondergaan voordat bekend was wat de oorzaak van de klacht was. Sommige participanten begonnen zelf over bepaalde afspraken met artsen van andere afdelingen, waarbij sommige participanten ingingen op de (ernstige) aandoening die ze hadden. De onderzoeker heeft geluisterd naar hun ervaring en vragen gesteld over hun vraaggedrag, maar niet expliciet doorgevraagd wanneer het een ernstige aandoening betrof. Sommige participanten kregen het emotioneel moeilijk om over de ernstige aandoening te praten.

Doordat de onderzoeksvraag “Wat zijn de ervaringen van patiënten met het stellen van vragen aan een arts en in hoeverre speelt sociale invloed hierbij een rol?” zich niet toespitst op de ervaringen rondom vraaggedrag bij de afdeling Orthopedie, maar op het algemene vraaggedrag van patiënten zijn de ervaringen rondom het vraaggedrag bij andere afdelingen meegenomen in het analyseren van de resultaten. In het resultatenhoofdstuk wordt ingegaan op het algemene vraaggedrag van patiënten.

Tabel 2. Besproken onderwerpen tijdens interviews

| Participant | Reden voor bezoek Orthopedie  | Besproken ervaringen bij andere afdelingen                                      |
|-------------|---|---|
| 1           | Veelvuldige operaties gehad voor hielspoor aan beide voeten. Klachten teruggekomen.     | -   |
| 2           | Slijmbeursontsteking in schouder.   | Zenuwpijn (neurologie)  |
| 3           | Versleten heupkop.  | Operatie aan baarmoeder (gynaecologie)  |
| 4           | Metalen pen verschoven in heup.   | Afspraken bij gynaecologie (reden onbekend)                                     |
| 5           | Problemen met voeten door ouderdom (ontsteking en had een verkeerde spalk voor voeten). | Hartfalen (cardiologie), problemen met ogen (KNO) en diabetes (diabetescentrum) |
| 6           | Versleten knie.   | -   |
| 7           | Revalidatie na een beroerte. Pijnklachten in rug weghalen om revalidatie te bevorderen. | -   |
| 8           | Veelvuldige operaties gehad aan knobbels aan voet. Klachten teruggekomen.               | -   |
| 9           | Botontkalking rug en benen.   | Problemen door verwijdering van de milt. (afdeling onbekend)                    |
| 10          | Pijnlijke opgezette knie.   | Levertransplantatie (transplantatiecentrum)                                     |

#### 4.4. Dataverzameling

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn in dit onderzoek patiënten aan het woord gekomen. Voor de dataverzameling betekent dat een vorm van diepte-interviews. Met diepte-interviews kan dieper op het onderwerp ingegaan worden en dit is vooral van belang bij een onderwerp waar relatief weinig over bekend is (Hennink, et al., 2011; Babbie, 2013), zoals bij dit onderwerp. De doelstelling van het interview was om te onderzoeken wat de ervaringen van patiënten zijn met het stellen van vragen aan een arts en wat de ervaringen van patiënten zijn met sociale verwachtingen hierbij. Hierbij werd onderzocht wat de rol is van anderen bij het vraaggedrag van de patiënt.

De interviews zijn opgenomen om de data later voor analyse uit te kunnen typen. De lengte van de interviews varieerde tussen de 40 en 75 minuten. Het aantal participanten hangt af van het moment dat verzadiging bereikt wordt (Hennink et al, 2011). Wanneer geen nieuwe informatie meer aan het licht kwam is dat moment bereikt (Hennink et al, 2011). In dit onderzoek werd na zeven interviews de eerste tekenen van saturatie bereikt en na tien interviews te hebben gehouden kwam nagenoeg geen nieuwe informatie aan het licht.

##### 4.4.1. Interviewschema

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema, om tijdens het interview een houvast te kunnen hebben. Een semigestructureerd interviewschema is een schema waarbij vragen en probes niet volledig uitgeschreven zijn zodat het geen vragenlijst wordt (Hennink, et al., 2011). Probes zijn termen om de onderzoeker te herinneren aan specifieke onderwerpen waarover doorgevraagd kan worden (Hennink, et al., 2011).

Door bij elk interview hetzelfde semigestructureerd interviewschema te gebruiken worden per interview de opgestelde onderwerpen gevraagd en hierdoor kan data beter gecategoriseerd worden. De antwoorden van participanten zijn door een semigestructureerd interviewschema beter te analyseren en te vergelijken dan een interview dat niet gestructureerd is (Hennink, et al., 2011). Een volledig gestructureerd interview is eigenlijk een gesproken vragenlijst, waarbij geen plek is voor andere input en een geheel open interview wordt vooral gebruikt wanneer nog niets bekend is over het onderwerp (Hennink, et al., 2011).

Een interviewschema is opgebouwd uit een introductie, een aantal openingsvragen, kernvragen en afsluitende vragen (Hennink, et al., 2011). Het interviewschema is opgenomen in bijlage 2. In de volgende paragrafen zullen de onderdelen van het interviewschema aan bod komen. Het interviewschema is opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en gesprekken met sleutelfiguren.

**Introductie** – In de introductie van het onderzoek wordt een participant geïnformeerd over het onderzoek (Hennink, et al., 2011). In de introductie van dit onderzoek stelde de onderzoeker zich voor en werd de participant geïnformeerd over het onderwerp en doel van het onderzoek. Daarnaast werd aangegeven dat participanten de mogelijkheid hadden om de deelname te stoppen en werd de participant gewezen op de



anonimiteit en vertrouwelijkheid van het onderzoek. Ook werd aangegeven dat het interview in totaal ongeveer 45-60 minuten in beslag zou nemen en dat het interview opgenomen werd. Een toestemmingsverklaring (informed consent) moest ondertekend worden door de participant dat weergaf dat de participant voldoende geïnformeerd was en instemde met het deelnemen aan het onderzoek. Deze gebruikte toestemmingsverklaring is opgenomen in bijlage 3.

**Openingsvragen** – Na de introductie werd het interview geopend met twee à drie openingsvragen die in grote lijnen het onderwerp van het interview inleidde, maar vooral bedoeld waren om de participant op zijn/haar gemak te stellen. Zo werd gevraagd hoe met bij de Orthopedie terecht kwam en wat ze ervan vonden om doorverwezen te zijn vanuit de huisarts. Daarnaast werd gevraagd met wie de participant normaal gesproken praat over klachten en ziekte.

**Kernvragen** – Na de openingsvragen kwamen de kernonderwerpen aan bod die van belang waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het interview bestond uit twee kernonderwerpen, namelijk het stellen van vragen aan een arts en welke voorbereiding vooraf gaat aan dit proces. Vraaggedrag bestaat namelijk niet alleen uit het al dan niet stellen van vragen aan een arts, maar omvat ook wat voorafgaand aan dit vraaggedrag gebeurt. Het denken over de mogelijke oorzaak van de klachten, het hebben van informatiebehoefte en het hierbij bedenken van vragen zijn onderdeel van het ontwikkelen van het vraaggedrag. Om die reden werden vragen gesteld als: ‘Hoe bereidt u zich voor en hoe heeft u vragen bedacht?’ Wanneer patiënten aangeven dat anderen daarin een rol hebben gespeeld, kan hier verder op doorgevraagd worden om sociale invloed te achterhalen.

**Afronding** – Na de kernvragen werd een afsluitende vraag gesteld om het interview niet abrupt te beëindigen, maar langzaam af te bouwen (Hennink, et al., 2011). In dit onderzoek was dit de vraag hoe het nu verder zou gaan bij de Orthopedie. Na deze vraag werd het interview afgerond en werd de participant gevraagd of hij/zij nog dingen kwijt wilde die niet ter sprake waren gekomen tijdens het interview. Na het interview werd de participant gevraagd of hij/zijn interesse had in het ontvangen van het eindrapport en werd de participant bedankt voor deelname aan het onderzoek.

#### 4.4.2. Operationalisering

Bij het formuleren van de vragen voor het interviewschema moeten de vragen op een dergelijk manier gesteld worden dat de participant de vragen begrijpt (Hennink et al, 2011). Lastige termen werden om die reden vermeden in het gesprek met de participant. Als voorbeeld: de term sociale verwachtingen werd vermeden tijdens het interview, omdat het een theoretisch concept is dat lastig kon zijn voor participanten om te begrijpen. Om te onderzoeken of de verwachtingen vanuit de sociale omgeving door de patiënt meegenomen werd bij het bedenken en het stellen van vragen, vragen gesteld zoals: ‘Bedenkt u de vragen alleen of samen met iemand?’ ‘Wat is de reden dat u de vragen met anderen bedenkt?’ Wanneer patiënten het zelf over druk of verwachtingen vanuit de sociale omgeving hadden, spraken zij van invloed. Het woord invloed is daarom overgenomen door de onderzoekers om door te vragen op de verwachtingen vanuit de maatschappij, directe sociale omgeving en vanuit artsen.

In dit onderzoek werd ook gekeken naar de rol van verwachtingen vanuit de media en maatschappij bij het (op)stellen van vragen. Om dit te operationaliseren is in het interview gewerkt met twee stellingen om de patiënten te bevragen. Dit werd gedaan door middel van een radiospotje van een zorgverzekeraar ([www.zilverenkruis.nl/Consumenten/zorg-regelen/Paginas/beternaardedokter.aspx](http://www.zilverenkruis.nl/Consumenten/zorg-regelen/Paginas/beternaardedokter.aspx)) (Zilveren Kruis, 2016) en een toespraak van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (RIVM, 2014) te gebruiken. Zij zegt daarin dat burgers zelf verantwoordelijkheid hebben en de regie moeten nemen over hun eigen gezondheid en zorg en daarbij moeten kunnen meebeslissen over hun eigen behandeling (RIVM, 2014). Daarnaast werd, doordat de doelgroep over het algemeen ouder was, gevraagd naar de ervaringen van vroeger omtrent het praten met de dokter. Hierdoor kon gekeken worden of eventuele maatschappelijke veranderingen van invloed konden zijn op de ervaringen van nu.

#### 4.5. Pilottest

Om te achterhalen of de participant de opgestelde vragen begreep werd het interview eerst getest door deze voor te leggen aan twee personen. Een 79-jarige vrouw en een 61-jarige man zijn voor de pilottest gevraagd omdat zij de meerderheid van de doelgroep representeerden. Deze pilottest is bij de personen thuis

uitgevoerd en de interviews werden opgenomen om na de tijd te kunnen analyseren welke uitkomsten uit de pilottest kwamen.

Uit de pilottest kwam naar voren dat weinig aan het interview veranderd hoefde te worden op een aantal toevoegingen na. Enkel vraag vier over de voorbereiding is verder uitgewerkt. Hier werd het radiospotje aangehaald als voorbeeld hoe men zich kon voorbereiden, maar dit voorbeeld van een zorgverzekeraar gaf ook aanleiding om te vragen naar de mogelijke maatschappelijke verwachtingen. Probes zijn toegevoegd om de participant te vragen wat zij van het radiospotje vinden maar ook om te vragen in hoeverre zij de informatie van het spotje zouden gebruiken voor henzelf wanneer ze een afspraak met een arts hebben.

De vragen werden door de participanten begrepen dus daar hoefde geen aanpassingen voor gemaakt te worden. Ook de introductie en het toestemmingsformulier werd door de participanten begrepen. De pilottest was ook geschikt om als onderzoeker/interviewer haar interviewtechniek te analyseren. Uit de pilotstudie werd duidelijk dat de techniek van het stellen van vragen door de interviewer nog bijgeschaafd moest worden. Meer stiltes laten vallen en voorkomen dat antwoorden ingevuld worden door de interviewer waren de grootste punten.

## **4.6. Data-analyse**

Het verwerken en analyseren van de data vindt plaats in de analytische cyclus van de onderzoekscyclus van Hennink, Hutter en Bailey (2011). Er wordt hierbij gewerkt met de Grounded Theory dat een proces is om een empirische theorie op te stellen vanuit kwalitatief onderzoek en is erg geschikt voor tekstuele data-analyse dat past bij het begrijpen van menselijk gedrag en het identificeren van sociale processen en culturele normen (Hennink, et al., 2011). Grounded Theory bestaat uit een set van flexibele richtlijnen. Echter, hoe deze richtlijnen uitgevoerd worden door onderzoekers is niet neutraal doordat hij/zij invloed heeft op hoe het kwalitatieve onderzoek en data-analyse uitgevoerd wordt. Om die reden worden deductieve strategieën toegevoegd om data beter te kunnen analyseren en vergelijken, zoals deductieve code ontwikkeling en deductieve vergelijkingstechniek tussen onderwerpen of subgroepen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de stappen die doorlopen worden bij de Grounded Theory, namelijk de audio overzetten in een geschreven transcript, data anonimiseren, codes ontwikkelen, codes opstellen in een codeboek, de data coderen, beschrijven, vergelijken, categoriseren, conceptualiseren en het ontwikkelen van theorie (Hennink, et al., 2011).

### **4.6.1. Data voorbereiden**

Bij het voorbereiden van de data voor analyse werd eerst een uitgeschreven transcript gemaakt van de opgenomen data. Het was van belang om ieder woord, elke pauze en verbale gebaren (uhm, aha) in het transcript op te nemen, zodat meer betekenis en begrip aan de passages ontleend kon worden (Hennink, et al., 2011). Het uitschrijven van de transcripten begon in dit onderzoek al na afloop van de eerste interviews in de etnografische fase. Het direct transcriberen van de data tijdens de etnografische fase heeft als voordeel dat in een vroeg stadium van dataverzameling nieuwe zaken aan het licht kunnen komen en als input kunnen dienen voor daaropvolgende interviews (Hennink, et al., 2011). Daarnaast kan de kwaliteit van de data gecheckt worden en eventuele problemen verholpen worden. Ook kan door gelijk te transcriberen geïdentificeerd worden wanneer het punt van saturatie bereikt is (Hennink, et al., 2011).

Na het transcriberen van de data zijn de transcripten geanonimiseerd en gelabeld. Alle namen, plaatsen en informatie over de identiteit van de participant werden verwijderd door op die plekken in het interview een ruimte leeg te laten. Doordat er meerdere interviews gehouden zijn en meerdere documenten verband hielden met een interview is elk document gelabeld. Om dit te verduidelijken: Interview4orgineel was het originele transcript en Interview4anoniem was het transcript waar namen en/of persoonlijke gegevens verwijderd waren. In het transcript was geïdentificeerd wie sprak door passages van de participant aan te duiden met een 'P' en passages van de interviewer aan te geven met een 'I'.

### **4.6.2. Codes ontwikkelen**

Het opstellen van een codeboek begon met het ontwikkelen van codes. Codes zijn onderwerpen die door participanten besproken zijn en geïdentificeerd zijn door het lezen van de data (Hennink, et al., 2011). Niet de gehele dataset, maar een derde van de data wordt doorgelezen om codes te ontwikkelen (Hennink, et al., 2011). Met een derde kunnen de varianties in codes geïdentificeerd worden. Hierbij was het van belang om de meest uiteenlopende transcripten te selecteren om een zo breed mogelijke verscheidenheid van codes te

kunnen bepalen. Dit zorgde voor minder modificatie van codes later in de analyse. De hoeveelheid ontwikkelde codes stopt als saturatie optreedt en er geen nieuwe onderwerpen meer geïdentificeerd worden in de data (Hennink, et al., 2011). Dat was in dit onderzoek bij 28 codes.

In dit onderzoek zijn zowel deductieve als inductieve codes ontwikkeld. Deductieve codes worden niet ontwikkeld door het lezen van de data, maar komen voort uit de ontwerpfase van het onderzoek, dus bijvoorbeeld uit opgedane literatuur (Hennink, et al., 2011). In dit onderzoek is een voorbeeld van een deductieve code de 'rol van derden tijdens gesprek'. Het gebruik van deductieve codes alleen is niet genoeg omdat unieke issues over processen, verklaringen of gedrag van de participant gemist kunnen worden. Om die reden wordt een mix van deductieve en inductieve codes gemaakt. Inductieve codes zijn direct afkomstig van de data en worden ontwikkeld door het lezen van de data en door de issues van de participanten te noteren (Hennink, et al., 2011). Een voorbeeld van een inductieve code is 'eerdere ervaringen', waarbij ingegaan werd op eerdere ervaringen in het ziekenhuis of met de aandoening die een rol speelde in hoe zij zich nu voorbereiden op een gesprek met de arts.

#### **4.6.3. Codeboek**

De codes werden in een codeboek geplaatst en daarna konden alle transcripten gecodeerd worden. In het codeboek staat de naam van de code, of de code inductief, deductief of in vivo is, de beschrijving van de code en een voorbeeld vanuit de data (Hennink, et al., 2011). In bijlage 4 is het codeboek voor dit onderzoek opgenomen.

Het coderen werd gedaan door de transcripten meerdere malen door te lezen en daarbij te werken met het programma ATLAS.ti. ATLAS.ti is ontwikkeld om kwalitatieve data te ordenen, het analyseren van de data wordt door de onderzoeker gedaan (Babbie, 2013).

Na het ontwikkelen van het codeboek heeft een onafhankelijke tweede codeur, een medestudente Sociologie, een blanco geanonimiseerd transcript gecodeerd aan de hand van het opgestelde codeboek. De consistentie van het codeboek kan getest worden door andere onderzoekers dezelfde hoeveelheid data te laten coderen en dan te vergelijken of er variatie is in het coderen (Hennink, et al., 2011). Wanneer inconsistentie hoog is, kan dit een signaal zijn dat het codeboek onduidelijk is en aangepast moet worden (Hennink, et al., 2011).

Nadat de tweede codeur een transcript gecodeerd had is geanalyseerd of er verschillen in interpretatie was tussen de twee codeurs. Grotendeels zat er overlap tussen het, door de beide codeurs, gecodeerde transcript. De variatie in het coderen kwam niet zozeer door de kwaliteit van de codes, maar doordat de onderzoeker, de eerste codeur, veel dieper in de thematiek zat dan de tweede codeur, waardoor sommige passages door de tweede codeur geen dubbele codes kregen waar dit wel mogelijk was. Door de 28 codes kan het voorkomen dat de tweede codeur niet precies weet welke codes er allemaal mogelijk zijn bij een passage, omdat deze codeur de materie niet goed genoeg kent en mogelijke codes over het hoofd ziet. Om die reden was er verschil in het aantal gecodeerde passages tussen de twee codeurs. De tweede codeur had 60 passages gecodeerd. Deze waren ook door de eerste codeur gecodeerd, maar daarbij werden 4 extra gecodeerde passages toegevoegd.

Van de 60 gecodeerde passages die door beide codeurs een code hebben gekregen, was een overeenkomst bij 48 van deze passages. 48 passages hadden dezelfde code gekregen. Over 12 passages was een verschillende interpretatie, maar na overleg werd duidelijk dat bepaalde passages meerdere codes konden hebben en/of was er overeenstemming dat de beschrijving van een code niet goed gelezen was waardoor een andere code was toegekend. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het codeboek is adequaat aangezien van de 60 passages 48 passages dezelfde code kregen. Dit is een overeenstemming van 80%.

Als de 4 passages meegerekend worden, die door de eerste codeur wel maar door de tweede codeur niet gecodeerd werden, dan is er een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 75%. Doordat in het overleg overeenstemming kwam in de verschillende interpretaties zou de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog verder stijgen. Door deze verschillen in interpretatie is het codeboek bij een aantal codes aangepast om de kans op interpretatiefouten af te nemen. Het codeboek is bijgewerkt en daarmee ik de rest van de transcripten gecodeerd.

#### **4.6.4. Analyseren van de data**

Na het coderen van de interviews werden de codes geanalyseerd door de codes te beschrijven en met elkaar te vergelijken. Dit waren de eerste twee stappen van het analyseren, waarbij het begrijpen van de materie en de samenhang onderling duidelijker werd. Door de grote hoeveelheid data werd een strategie gebruikt,

waarbij gefocust werd welke actoren/factoren een rol spelen bij het vraaggedrag van patiënten. Wat geven participanten aan en wat hoe staan deze data in verband met elkaar. Na het beschrijven en vergelijken van de data werd de data gecategoriseerd en geconceptualiseerd. Tijdens het categoriseren van de data werden codes zoals 'Informatiebehoefte hebben/vragen bedenken om arts te stellen' en 'Informatiebehoefte beïnvloed door anderen' gegroepeerd in een centraal begrip 'Informatiebehoefte' en bij het conceptualiseren werd de analyse naar een niveau van abstractie gebracht. Hierbij werd een theorie gebouwd en vergeleken met het oorspronkelijke model dat is opgenomen in binnen het theoretisch kader.

#### **4.7. Ethiek**

In dit onderzoek was geen sprake van een medisch wetenschappelijk onderzoek en werd geen inbreuk gedaan op de lichamelijke en psychische integriteit van de participant, waardoor dit onderzoek als niet WMO-plichtig kan worden gezien (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, 2016). Met WMO wordt de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek bij mensen bedoeld. Het is bij kwalitatief onderzoek namelijk essentieel om de mensenrechten niet te schaden en hier werd tijdens dit onderzoek op gelet door de participant goed te informeren, zorgvuldig om te gaan met data, hen geen risico's te laten lopen en het onderzoek eerlijk uit te voeren (Hennink, et al., 2011).

Om ethisch verantwoord onderzoek te doen was het noodzakelijk om de participant zorgvuldig te informeren over het onderzoek (Hennink, et al., 2011). Zo hebben participanten van tevoren een informatiebrief gekregen, werd verteld dat het onderzoek opgenomen zou worden en werd toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. Toestemming werd schriftelijk gevraagd en dit document is opgenomen in bijlage 2. Wanneer zij voor, tijdens of na het interview ervan afzagen werd dit gerespecteerd en werden de data niet meegenomen in het onderzoek.

Er werd in het onderzoek gewezen op de anonimiteit en vertrouwelijkheid. Namen werden geanonimiseerd, waardoor alleen de onderzoeker de echte namen van de participanten wist. Doordat persoonlijke ervaringen gevraagd werden, was het van belang dat de onderzoeker een vertrouwensrelatie probeerde op te bouwen met de participant. De vertrouwelijkheid van gegevens werd gegarandeerd, omdat de participant nergens met naam in het rapport stond en de informatie voor niets anders dan het onderzoek gebruikt werd. Op deze manier bleef de informatie die gedeeld werd tussen de onderzoeker en de participant.

Ook was het van belang om als onderzoeker integer om te gaan met de informatie van de participant. Omdat de door de participant gegeven informatie in het onderzoeksverslag zou komen, werden zoals gezegd alle persoonlijke kenmerken van de persoon in de data verwijderd zodat niet af te leiden is wie de persoon was. Daarbij werden de audio-opnamen alleen gebruikt voor het uitschrijven van de data. Na het transcriberen werd de audio vernietigd, waardoor achteraf niet meer achterhaald kon worden wie aan het onderzoek mee had gewerkt.

#### **4.8. Geldigheid en betrouwbaarheid**

Bij kwantitatief onderzoek moet de rol van de onderzoeker geminimaliseerd worden om vertekening van de resultaten te voorkomen, terwijl bij kwalitatief onderzoek de inbreng van de onderzoeker juist essentieel is (Willems & Van Zwieten, 2004). De rol van de onderzoeker kan niet uitgeschakeld worden maar moet zo goed mogelijk in beeld worden gebracht om het onderzoek op kwaliteit te kunnen beoordelen. Geldigheid en betrouwbaarheid worden daarom anders ingevuld bij kwalitatief onderzoek dan bij kwantitatief onderzoek. De geldigheid, ook wel validiteit genoemd, zegt iets over de deugdelijke opzet van het onderzoek en betrouwbaarheid zegt iets over de deugdelijke uitvoering van het onderzoek (Willems & Van Zwieten, 2004).

##### **4.8.1. Geldigheid**

Bij kwalitatief onderzoek is een onderzoek voldoende geldig als de data overeenkomen met wat zich in de praktijk afspeelt (Denzin & Lincoln, 2005). Met geldigheid wordt dus de mate aangegeven waarin een onderzoek een getrouwe weergave geeft van de werkelijkheid die werd onderzocht. Gediscussieerd wordt of een weergave van de werkelijkheid wel verkregen kan worden door het uitvoeren van kwalitatief onderzoek omdat het aankomt op interpretatie en de rol van de onderzoeker (Denzin & Lincoln, 2005). Er kan namelijk een andere realiteit bestaan voor onderzoeker en lezer, waarbij framing en een andere interpretatie mee gaan wegen in het onderzoek. Vertekeningen in resultaten kunnen ook ontstaan door bepaalde voorbeelden als gevolg van tijdgebrek of het negeren van data die tegenstrijdig zijn met voorlopige conclusies (Willems & Van Zwieten, 2004).

Het tegengaan van vertekeningen kan door informatie te geven over mogelijke oorzaken van vertekening. Zo moet in detail opgeschreven worden hoe de uitgewerkte onderzoeksopzet gevolgd is, wat de rol van de onderzoeker was en of dit gedocumenteerd is (Willems & Van Zwieten, 2004). In dit onderzoek is zo gedetailleerd mogelijk geprobeerd te formuleren hoe het onderzoek opgezet en uitgevoerd is en beargumenteren waarom die keuzes gemaakt waren.

#### **4.8.2. Betrouwbaarheid**

De betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek ligt lager dan bij kwantitatief onderzoek doordat kwantitatief onderzoek statistische data van grotere steekproeven gebruikt (Babbie, 2013). Bij kwalitatief onderzoek gaat het er niet om zo veel mogelijk participanten te ondervragen en die resultaten te generaliseren, maar om zo goed mogelijke weergave te creëren van de werkelijkheid. De betrouwbaarheid is bij kwalitatief onderzoek geringer omdat dit de prijs is, die betaald moet worden voor de winst die gemaakt wordt op het terrein van geldigheid (Hak, 2004).

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen is het van belang om de invloed van onderzoeker en de kans op mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten te verkleinen (Willems & Van Zwieten, 2004). Het is daarom belangrijk om een tweede codeur een deel van de data te laten coderen. Hierdoor neemt de kans op interpretatiefouten af. Automatisering van het verzamelen van gegevens en de verwerking ervan kan helpen om dit inzichtelijk te maken (Willems & Van Zwieten, 2004). Om de betrouwbaarheid te verhogen is daarom een derde deel van de data gecodeerd door een tweede codeur met het bestaande codeboek.



## Hoofdstuk 5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de interviews. De resultaten worden op een beschrijvende wijze weergegeven met daarbij citaten van participanten. Om de anonimiteit te bewaken wordt bij de citaten alleen het nummer van de participant genoemd en sporadisch of deze persoon een man of vrouw is. Er is ook met twee echtgenoten van participanten gesproken. Hun ervaring wordt meegenomen in dit hoofdstuk wanneer ingegaan wordt op de rol van de sociale omgeving. In dit hoofdstuk komen zowel de termen arts als huisarts voor. Onder arts wordt hierbij de medisch specialist in het ziekenhuis bedoeld.

Uit de analyse zijn verschillende thema's naar voren gekomen die van belang zijn voor het beantwoorden van de vragen: "Wat zijn de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen tijdens een medisch consult en in hoeverre spelen sociale verwachtingen hierbij een rol?" Hierbij gaat het om de volgende thema's: 1) voorbereiding van een medisch consult, 2) vraaggedrag tijdens een consult en 3) bronnen voor variatie van voorbereiding en vraaggedrag.

De drie thema's zorgen voor structuur in dit hoofdstuk, waarbij in paragraaf 5.1. de voorbereiding aan bod komt en beschreven wordt hoe participanten toewerken naar een consult met de arts. In paragraaf 5.2. worden resultaten gegeven ten aanzien van het vraaggedrag van de participant tijdens een consult en wat de ervaringen zijn met het stellen van vragen. In paragraaf 5.3. wordt ingegaan op de bronnen die maken dat het vraaggedrag op een bepaalde manier gevormd en veranderd wordt, zoals de 'maatschappelijke invloed bij het (op)stellen van vragen' en de 'sociale invloed bij het op(stellen) van vragen', 'de rol van de arts' en 'overige kenmerken'.

### 5.1. Voorbereiding van een medisch consult

Om te kunnen beschrijven hoe het vraaggedrag van de participanten eruitziet tijdens een gesprek met een arts wordt in deze paragraaf eerst beschreven wat zich voorafgaand aan dit gesprek afspeelt, omdat dit uit de interviews van belang bleek voor het vraaggedrag van de participant. De manier waarop participanten zich voorbereiden op een gesprek met de arts bleek erg verschillend. Om hier een beeld van te krijgen/geven worden hieronder twee samenvattingen gegeven van twee verschillende manieren van voorbereiding.

*Participant 5 – Meneer (86 jaar) geeft aan vaker in het ziekenhuis te komen, omdat hij onder andere diabetes en oogklachten heeft en operaties aan het hart en de prostaat heeft ondergaan. Hij heeft door zijn vele bezoeken aan het ziekenhuis veel ervaring opgedaan met het praten met artsen. Hij vertelt dat wanneer hij klachten heeft hij zelf af en toe nadenkt wat het zou kunnen zijn waar hij last van heeft. "Je hebt weleens een pijntje hier of een pijntje daar en dan denk je: goh dat gaat wel weer over, maar als het erger wordt [...], dan probeer je er toch wat aan te doen." Dan gaat hij naar de huisarts om advies en via de huisarts komt hij dan bij het ziekenhuis terecht. Op de dag van het consult ziet hij wel wat er gaat gebeuren. Zoals hij zelf zegt: "Het is net als Sinterklaas. Je wacht af wat je cadeautje is (gegrinnik)."*

*Participant 6 – Meneer (59 jaar) had 6 jaar geleden klachten aan zijn knie, maar deze gingen over met fysiotherapie. De klachten kwamen dit jaar terug en hij ging bij zichzelf nadenken wat hij in de afgelopen dagen, weken had gedaan wat de klachten zouden kunnen veroorzaken. Hij vroeg zich bijvoorbeeld af: "Wat is het precies waar ik last van heb?" en "Waar komt het vandaan?" Hij praatte met zijn huisarts, fysiotherapeut, vriendin en vrienden om hen te vragen wat zij dachten wat de oorzaak zou kunnen zijn. Ook keek hij soms op internetsites om informatie over de klachten op te zoeken. De juistheid van informatie vroeg hij dan weleens na bij zijn fysiotherapeut. "Het verhaal wordt dan steeds duidelijker, want je praat met mensen en je gaat na wat je er zelf van weet."*

*Doordat hij 6 jaar geleden ook al wilde weten wat de oorzaak van de klachten was, is hij al veel informatie te weten gekomen. Hij gaf aan dat hij hierdoor met een "open vizier" naar het gesprek met de orthopeed ging, want hij wist na het vele nadenken precies wat hij wilde vragen. Hij had een aantal onderwerpen in zijn hoofd waar vragen omheen cirkelden, zoals: "Kan ik na een operatie nog wel hardlopen of kan ik mijn werk als kunstenaar nog wel uitvoeren?"*

Deze manieren van voorbereiding geven aan dat participanten zich verschillend voorbereiden op een gesprek met een arts. Sommige participanten, zoals participant 6, bereiden zich uitgebreid inhoudelijk voor en sommige participanten hebben een minimale inhoudelijke voorbereiding, zoals participant 5. Deze verschillende manieren van voorbereiding zullen hieronder verder beschreven worden. Hierbij wordt in paragraaf 5.1.1. ingegaan op de uitgebreide inhoudelijke voorbereiding en in paragraaf 5.1.2. op de minimale inhoudelijke voorbereiding. Daarna wordt in paragraaf 5.1.3. ingegaan op de voorbereiding die zowel bij een uitgebreide als een minimale inhoudelijke voorbereiding voorkomt, namelijk de 'praktische voorbereiding'.

### 5.1.1. Uitgebreide inhoudelijke voorbereiding

Uitgebreide inhoudelijke voorbereiding is een manier van voorbereiding waarbij participanten zich uitgebreid voorbereiden en vragen bedenken voor een gesprek met de arts. Uit de interviews kwam naar voren dat het bedenken van vragen op verschillende momenten voorafgaand aan het gesprek kan gebeuren, zoals op het moment dat pijn zich voordoet, de pijn na een bepaalde tijd niet weggaat of verergert en wanneer informatie gezocht wordt over de mogelijke klachten.

Uit de interviews kwam een patroon naar voren hoe participanten zich voorafgaand aan een gesprek voorbereiden. Dit patroon bleek van belang voor de vragen die zij aan de arts willen stellen, waarbij participanten eerst zelf nagingen wat de klachten konden veroorzaken en vervolgens informatie gingen zoeken door met anderen te praten of door op internet te kijken.

**Zelf nagaan wat de klachten veroorzaakt** – Als een participant een klacht heeft, gaat hij/zij zelf nadenken wat deze klacht zou kunnen veroorzaken. Wanneer participanten klachten ervaren geven zij aan behoefte te hebben om te weten waar ze last van hebben. In de klachtenperiode komen deze vragen “*al ondervindende*” (participant 2) opzetten, omdat de klachten verergeren of voor hen te lang aanhouden. Participanten gaven aan bij de dagelijkse bezigheden te merken wanneer en waar ze precies de pijn voelen. Ze gaan daarbij na bij welke handelingen ze precies pijn hebben en gaan zelf bedenken waar het vandaan zou kunnen komen en wat het zou kunnen zijn, zoals het citaat van participant 9 hieronder laat zien.

*“Als je pijn in je vinger hebt, dan ga je toch over die vinger nadenken. Zo van: Oké, waarom zit het daar en daar en daar en niet hier?” (Participant 9)*

**Informatie zoeken** – Als participanten niet precies weten of een vermoeden hebben wat de klachten veroorzaakt, geven ze aan met andere mensen te praten of internet te raadplegen om informatie te verkrijgen. Participanten praten met anderen over hun klachten om te delen waar ze last van hebben, om steun te zoeken en omdat ze de mening en ervaring van anderen willen horen over wat ze met de ervaren klachten aan moeten (uitgebreide toelichting op de rol van de sociale omgeving volgt in paragraaf 5.3.3.).

Ook internet wordt door participanten gebruikt om informatie op te zoeken. Met deze informatie komen ze op vragen, waarbij ze van de arts willen weten of die informatie ook voor hen geldt (uitgebreidere toelichting op media-invloed volgt in paragraaf 5.3.4.).

### 5.1.2. Minimale inhoudelijke voorbereiding

Er waren ook participanten waarbij het patroon van voorbereiding (eerst zelf over oorzaak van de klachten nadenken en daarna informatie inwinnen) in mindere mate van toepassing is. Zij gaven aan dat zij wel nadenken over wat het kan zijn dat de klacht veroorzaakt, maar uit de interviews kwam naar voren dat ze verder geen vragen bedenken om de arts te stellen. Zij gaan naar de huisarts voor informatie, waarna de huisarts de participant doorstuurt naar een arts in het ziekenhuis. Deze participanten gaven aan af te wachten wat hen te wachten staat. Zij gaan naar een arts, zoals ze zelf zeggen, omdat zij ervoor zijn om hen van hun klacht af te helpen.

*“Ik ga hierheen en ik laat het gewoon op me afkomen. Ik zie het wel.” (Participant 1)*

Sommige participanten zeiden dat ze wel vragen voorbereiden voor een bezoek aan de huisarts, maar niet bij een arts in het ziekenhuis. Zo zei een mevrouw dat ze het niet nodig vond om zich voor te bereiden voor een gesprek met de arts, omdat de huisarts haar gegevens doorstuurt naar de arts. De arts weet daardoor waarvoor de participant in het ziekenhuis komt.

Anderen zeiden helemaal geen vragen van tevoren te bedenken om aan de arts te stellen, anders dan de vraag: “Waar heb ik last van?” De participanten die zich niet of minimaal voorbereidde sprak van verschillende redenen waarom ze dit niet doet, zoals het vertrouwen in de arts, de persoonlijkheid van de participant en de eerdere ervaringen van de participant. Deze aspecten komen in paragraaf 5.3.4. aan de orde.

### 5.1.3. Praktische voorbereiding

De praktische manier van voorbereiden kwam zowel bij participanten voor die zich uitgebreid inhoudelijk voorbereiden als bij participanten die zich minimaal inhoudelijk voorbereiden, maar over het algemeen



spraken maar weinig participanten over het regelen van praktische zaken voorafgaand aan een gesprek. De participanten die er iets over zeiden, gaven aan welke dingen ze moesten regelen voorafgaand aan een ziekenhuisbezoek. Zo werd nagekeken op welk tijdstip en op welke polikliniek ze een afspraak hebben en op welk tijdstip ze dan van huis weg moeten. Hierbij werd ook gepraat over het regelen van vervoer, het regelen van een ponsplaatje en het vragen of iemand met hen mee wil gaan als begeleiding of als gezelschap.

Verder gaven participanten die zich uitgebreid voorbereiden aan dat ze van tevoren een vragenlijstje maken om niet te vergeten belangrijke vragen te stellen. Zij zeiden een vraag op te schrijven wanneer dit bij hen opkwam. Elke keer wanneer ze dachten: “dit zou ik wel willen weten” schreven ze dit op het lijstje en werd het lijstje aangevuld.

*“[...] Iedere dag een stukje erbij van: dit punt komt erbij, dat punt komt er nog bij.” (Participant 2)*

Andere participanten gaven aan dat zij de vragen in hun hoofd onthouden tot aan het gesprek. Ze gaven aan het niet nodig te vinden om dit op te schrijven, omdat ze de vragen wel kunnen onthouden.

*“Ik denk dat ik prima capabel ben om die zaken in mijn hoofd te bedenken en te onthouden. En dat gaat me altijd goed af.” (Participant 6)*

## 5.2. Vraaggedrag tijdens een medisch consult

In deze paragraaf worden de ervaringen met het stellen van vragen aan een arts besproken. In de interviews werd ingegaan op wat participanten vinden van het stellen van vragen, of zij vragen stellen en waarom wel of niet, welke vragen zij stellen en wanneer zij dit al dan niet doen. De antwoorden op deze vragen zullen in de volgende paragrafen beantwoord worden. In paragraaf 5.2.1. wordt ingegaan op de variatie in vraaggedrag. In paragraaf 5.2.2. komt de attitude ten aanzien van het stellen van vragen van participanten aan bod. In paragraaf 5.2.3. wordt ingegaan op het soort vragen dat gesteld wordt aan een arts en in paragraaf 5.2.4. gaat het over vergeten vragen. In paragraaf 5.2.5. wordt ingegaan op wanneer participanten hun vragen stellen tijdens een medisch consult en in paragraaf 5.2.6. wordt besproken wie volgens de participant het initiatief zou moeten nemen om vragen te stellen tijdens een medisch consult.

### 5.2.1. Variatie in vraaggedrag

Uit de interviews komt naar voren dat sommige participanten aangeven veel vragen te hebben gesteld aan de arts terwijl anderen nauwelijks of geen vragen hebben gesteld. De volgende twee samenvattingen geven inzicht in hoe verschillend participanten praten over het stellen van vragen aan een arts.

*Participant 8 – Mevrouw (70 jaar) geeft aan dat ze naar het ziekenhuis gaat en afwacht wat de arts tegen haar zegt. Ze komt binnen en vindt het dan fijn als de arts haar op haar gemak stelt. Ze geeft aan dat ze minder snel vragen durft te stellen wanneer er een overheersende dokter tegenover haar zit. Als ze een aardige arts tegenover haar ziet, voelt ze zich al een stuk rustiger en dan stelt die arts vragen en gaat het gesprek vanzelf. De arts vraagt haar wat zij mankeert. Ze geeft aan dat ze dan zelf ook weet waar over ze kan praten. Ze vertelt dat ze helemaal geen vragen heeft gesteld de laatste keer dat ze bij de orthopeed was, omdat de arts haar het allemaal zo duidelijk had uitgelegd via de foto's op de computer. Er werd haar verteld hoe alle botjes in de voet zitten en dat voor haar klachten een operatie nodig was. “Alles was heel duidelijk hoor, ik had helemaal geen vragen.”*

*Participant 4 – Mevrouw (37 jaar) kwam bij de orthopeed voor klachten aan haar heupen. Ze heeft van jongs af aan al een heupafwijking waarvoor ze pennen in haar heupen heeft gekregen. Aan de rechterkant deed haar heup zeer en ze vroeg de orthopeed of die pen nog wel goed zat. De arts vertelde haar dat de foto's lieten zien dat de pen in haar heup verschoven was. “Toen hij klaar was met zijn verhaal, toen had ik zoiets van: “Nou ik heb nog een vraagje.”” De paar vragen die ze had voorbereid, heeft ze de arts gesteld. Ze geeft aan geen enkele moeite te hebben om de arts vragen te stellen, want daar zijn artsen volgens haar voor.*

Waar participant 8 geen vragen stelde, omdat de arts alles al duidelijk uitgelegd had, heeft participant 4 vragen voorbereid die zij ook aan de arts heeft gesteld. Daarnaast lijkt het bij participant 8 aan de houding van de arts te liggen of zij zich op haar gemak voelt om vragen te stellen, mocht ze vragen hebben. Participant 4 heeft bij geen enkele arts moeite om vragen te stellen.

De manier van voorbereiding lijkt samen te hangen met het vraaggedrag van participanten tijdens een medisch consult. Tijdens de interviews werden de participanten gevraagd hoe zij zich voorbereiden en of zij vragen hebben gesteld aan de arts. Als alle interviews worden samengenomen, bleken de participanten die

zeiden dat ze zich niet of nauwelijks voorbereiden op een gesprek, bijvoorbeeld participant 8, ook degene te zijn die weinig vragen stelden aan de arts. De participanten, die aangaven dat ze van tevoren vragen bedacht hadden, zoals participant 4, gaven aan antwoord te hebben gekregen op alle vragen die zij de arts wilden stellen. Zo lijken de voorbereiding en de intentie om vragen te stellen het vraaggedrag van patiënten te beïnvloeden tijdens een medisch consult.

### 5.2.2. Attitude ten aanzien van het stellen van vragen

Sommige participanten vinden dat artsen ervoor zijn om vragen aan te stellen. Zelfs als het over persoonlijke dingen ging, gaven participanten aan hier vragen over te stellen, omdat ze weten dat dit tussen de arts en de participant blijft.

*“Ik heb daar niet zo’n probleem mee en die artsen zijn ervoor. Ik heb niet zoiets van: nee, dat is raar om te vragen ofzo.” (Participant 4)*

De meeste participanten gaven aan geen moeite te hebben met het stellen van vragen. Ze vinden het niet eng om vragen aan een arts te stellen. Participanten gaven aan dat als ze vragen hebben, ze deze wel stellen.

Sommige (vooral oudere) participanten gaven aan dat zij tijdens een gesprek met de arts soms vragen niet gesteld hadden, omdat ze de vraag niet belangrijk genoeg vonden of zich geneerden om deze vraag te stellen aan de arts. Daarbij zeiden de participanten dat ze zelf eigenlijk het antwoord op de vraag al wel wisten, wat hen weerhield om dit na te vragen aan de arts. Daarnaast zei een aantal participanten vragen niet te stellen door de houding van de arts. Participanten zeiden dat wanneer een arts de participant niet op zijn/haar gemak kan stellen of kortaf is, zij niet zo snel vragen zouden stellen.

*“Het was geen leuke man. Die was heel kortaf en zo en toen dacht ik wel: het is met jou wel goed, ik vraag jou ook niks.” (Participant 1)*

### 5.2.3. Type vragen

Participanten vertelden welke vragen zij de arts gesteld hadden en hieruit was op te maken dat de participanten het hadden over een verschillende type vragen. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de verschillende type vragen.

Tabel 3. Typen vragen van participanten tijdens een medisch consult

| Type vraag            | Voorbeeld   |
|-----------------------|---|
| Verhelderingsvragen   | <i>“Als hun uitleg niet duidelijk is moet ik vragen stellen. Van: “Ik snap dit niet.” Of als ze medische termen gaan gebruiken die ik niet ken: “Mag ik dan ook weten wat dat is?”” (Participant 9)</i>   |
| Vragen om bevestiging | <i>“Precies op de ene kant van mijn heup waar ik last van heb, heb ik een beetje een raar plekje zitten. En ik vroeg me af: ja komt dat nou van irritatie van die pennen ofzo?” (Participant 4)</i>   |
| Adviesvragen          | <i>“Ik had ook nog een vraag over de medicatie. Ik heb morfine, langwerkende en kortwerkende. Ik heb een tablet om de prikkels niet naar de hersenen te laten gaan waar je sloom van wordt. Daar had ik ook een vraag over van: moet ik daarmee stoppen met al deze combinaties?” (Participant 2)</i>   |
| Toekomstvragen        | <i>“Kan ik mijn werk als _____ nog volledig goed uitvoeren? Kan ik blijven dansen? En stel dat ik een operatie laat doen, kan ik dan zelfs weer hardlopen?” (Participant 6)</i>   |
| Kritische vragen      | <i>Arts: “Die heup is versleten en er zitten breukjes in, dus er moet een nieuwe in.” (...)<br/>Patiënt: Toen kreeg ik weer een nieuwe oproep om foto’s te laten maken, want die andere foto’s waren al zeven maand oud, dus die waren verouderd. En toen werd er ineens gezegd van uh: “Nou die heup ziet er nog heel mooi uit. Er is niks mis mee.” (...) Dus ik vroeg: “Hoe kan dat nou?!” (Participant 3)</i> |

De vragen die participanten stelden aan de arts zijn vragen om helderheid te krijgen over de door de arts gegeven informatie. Participanten gaven aan vragen te stellen wanneer ze informatie van de arts niet begrijpen of meer willen weten over datgene wat de arts vertelt. Zowel onvoorbereide als voorbereide participanten gaven aan soms te vragen wat de arts precies bedoelt.

Daarnaast hadden voorbereide participanten het over vragen die ze stelden om advies van de arts te krijgen, zoals participant 2, die vroeg of ze de combinatie van medicijnen nog steeds kon slikken. Ook stelden

sommige participanten vragen waar ze zich gezien de toekomst zorgen over maken. Participant 6 stelde vragen of hij nog wel zou kunnen hardlopen of werken na een knieoperatie.

Een aantal participanten gaf aan dat ze voor een gesprek met een arts veel informatie over mogelijke klachten en passende behandelingen opzochten. Ze vroegen de arts om bevestiging voor de dingen die ze gelezen hadden of zelf bedacht hadden om zo bepaalde ideeën weg te kunnen strepen. Ook een aantal participanten hadden kritische vragen aan de arts waarom bijvoorbeeld een ene arts het ene zegt een andere arts of instantie het tegenovergestelde zegt.

#### 5.2.4. Vergeten vragen

Bijna iedere participant heeft weleens meegemaakt dat ze een vraag vergeten zijn te stellen. Participanten gaven aan dat dit niet heel vaak gebeurt. Ze gaven een aantal redenen waarom zij vragen niet gesteld hadden. Ze zeggen soms zoveel informatie te krijgen tijdens een gesprek dat ze vragen vergeten te stellen. Een participant sprak hierbij over de dynamiek van het gesprek die daarvoor kon zorgen:

*“Dan is de arts bezig met een verhaal en dan denk je ondertussen van: oh ja, hoe zit dat? Dan denk je: dat ga ik straks even vragen. Maar dan gaat hij verder met zijn verhaal en dan vergeet je het ook weer omdat het over iets anders gaat.” (Participant 6)*

Ook denken participanten dat opspelende emoties ervoor zorgen dat ze vragen wel eens vergeten. Zeker bij een slechtnieuws gesprek kan nieuws hard aankomen en geven participanten aan “overrompeld” (participant 4) te worden. Op dat moment weten participanten niet wat ze moeten zeggen en vragen. Deze vragen komen dan pas later wanneer de participant alweer thuis is zoals het volgende citaat laat zien.

*“[...] Toen had ik best wel vervelend nieuws gekregen en dat komt dan op een keer rauw op je dak. En dan ben je thuis en dan heb je wel zoiets van: owh, had ik dit niet moeten vragen?” (Participant 4)*

Participanten leken het niet erg te vinden wanneer zij vragen vergaten te stellen, mits dit voor hen belangrijke vragen zijn. Zoals ze zelf zeiden, kunnen ze deze belangrijke vragen alsnog stellen via de telefoon of via de e-mail. Daarbij gaven ze aan dat het bij sommige persoonlijke gegevens, zoals uitslagen van onderzoeken niet is toegestaan is om informatie op deze manier alsnog te krijgen, maar daar leken ze zich ook dan niet heel druk om te maken. Zoals iemand zei: “Nou ja, dan wacht ik maar op de volgende keer.” (participant 5). Meestal hadden de participanten een vervolgspraak gepland waar ze deze vragen alsnog konden stellen, mochten ze dat willen. Sommige zeiden dan de vraag op te schrijven, maar sommige gaven ook aan dat het zo kon zijn dat ze die vraag de volgende afspraak weer vergaten.

#### 5.2.5. Vraagmoment

Volgens de participanten bestaat binnen een gesprek geen bepaald moment om vragen te stellen. Ze gaven aan dat dit tijdens het gesprek constant gebeurde, zowel aan het eind van een gesprek als tussendoor. Dit wordt als prettig ervaren. Ze gaven aan vragen te stellen wanneer een vraag bij hen opkomt, omdat deze vragen anders vergeten konden worden.

*“Ja, dat is plezierig, want anders moet je vragen gaan onthouden en dat gaat stapelen dus dan valt er een tussenuit”. (Participant 7)*

Anderen gaven expliciet aan dat ze nog een aantal vragen hadden die ze graag wilden stellen. Zo gaf iemand aan samen met de arts haar lijstje met vragen af te werken om geen vragen te vergeten. Ook gaven participanten aan dat aan het eind van het gesprek nog door de arts werd gevraagd of ze nog vragen hadden.

#### 5.2.6. Initiatief

Participanten gaven verschillende antwoorden op de vraag bij wie het initiatief zou moeten liggen om vragen te stellen. Sommige participanten spraken over een dialoog waarbij de arts en de patiënt om en om vragen stellen. Het stellen van vragen moet volgens hen van beide kanten komen, waarbij de arts in het begin naar de klachten vraagt en de patiënt daarna vragen stelt. De arts kan door vragen aan de patiënt te stellen het gesprek op gang laten komen en weet de patiënt gelijk waarover hij/zij het kan praten.

*“Het is toch een gelijkwaardig gesprek, dus van beide kanten.” (Participant 6)*

Anderen gingen in op de verantwoordelijkheid van de patiënt om de arts vragen te stellen. Zij vinden dat de patiënt de arts vragen moet stellen, omdat zij zelf als patiënt willen weten wat er aan de hand is. Als patiënt kom je bij de arts voor advies. Daarbij gaven zij aan dat de arts niet kan weten wat er aan de hand is als de patiënt niet aangeeft waar hij/zij last van heeft of als de patiënt niet aangeeft dat hij/zij informatie niet begrijpt.

*“Dat ze zelf ook wel een beetje verwachten dat jij wat gaat vragen en dingen gaat uitleggen van wat er aan de hand is en daar je vraag over hebt. Ze kunnen natuurlijk niet dwars door je heen kijken.” (Participant 4)*

### **5.3. Bronnen voor variatie van voorbereiding en vraaggedrag**

In deze paragraaf wordt ingegaan op de bronnen die in meer en mindere mate van belang zijn voor het vormen en veranderen van de voorbereiding en het vraaggedrag tijdens een medisch consult. Hierbij wordt in paragraaf 5.3.1. ingegaan op de maatschappelijke invloed bij het vraaggedrag. In paragraaf 5.3.2. wordt ingegaan op de sociale omgeving bij het (op)stellen van vragen en in paragraaf 5.3.3. wordt de rol van de arts bij het vraaggedrag beschreven. In paragraaf 5.3.4. worden de overige kenmerken beschreven, zoals de mate van ervaring met de klachten en doktersbezoeken, het vertrouwen in de arts, de ernst van de aandoening en de karaktereigenschappen van de participant.

#### **5.3.1. Maatschappelijke invloed bij het (op)stellen van vragen**

In deze paragraaf wordt de maatschappelijke invloed bij het (op)stellen van vragen beschreven. Eerst wordt ingegaan op de arts-patiënt relatie wanneer het gaat over het stellen van vragen. Daarna wordt ingegaan op de media-invloed bij het stellen van vragen. Als laatste wordt ingegaan op de mate waarin patiënten zich verantwoordelijk voelen voor hun eigen gezondheid.

**Arts-patiënt relatie** – Wanneer het ging over het stellen van vragen aan een arts vertelden participanten zowel over het heden als het verleden. Uit de gesprekken kwam naar voren dat door participanten tegenwoordig anders wordt gedacht over het stellen van vragen aan artsen dan vroeger. Participanten gaven aan dat ze nu veel meer vragen durven te stellen dan vroeger. Patiënten waren vroeger ondergeschikt aan de arts zoals een participant zegt: *“de dokter was onze lieve heer zelf” (participant 9)*. Participanten gaven aan dat ze vroeger niet tegen de arts in durfden te gaan en geen vragen stelden, omdat zij afhankelijk waren van de arts. Ze waren leken ten opzichte van de arts. Zo werd verteld dat participanten vroeger bang waren voor de arts.

*“Nu heb je nog weleens van: “Ja maar...” Dat hoefde je vroeger dus niet te doen. En dat deed je ook niet. En dat wist je ook niet. Want het is veel mondiger tegenwoordig en je kunt meer zeggen. Maar aan de andere kant, de dokter en zo, die zijn veel opener naar je toe.” (Participant 10)*

Participanten gaven aan dat patiënten mondiger zijn geworden, maar sommige (oudere) participanten zeiden dat dit vooral de jongere generatie is, zoals de participant in het volgende citaat weergeeft.

*“Nee, zij [dochter] is gewoon rechtuit. Die orthopeed, waar we de laatste keer geweest zijn, zegt: “Ik zie niets op de foto’s.” Noh, en dan is zij direct van: “Noh, waarvan heeft mijn moeder dan zo’n pijn?” [...]Die springt er direct op in. Maar uh, ja, dat is de jeugd, vind ik.” (Participant 3)*

Participanten zeiden dat de houding van de arts ook veranderd is ten opzichte van vroeger. Zo werd aangegeven dat het andere gesprekken zijn ten opzichte van vroeger. Gesprekken zijn nu meer gelijkwaardig tussen arts en patiënt.

*“[...] Nou ja, maar het is nu gelijkwaardig. (...) Mensen zijn beter ontwikkeld. Ze zijn van hun trauma (voor de dokter) af en (artsen) zijn natuurlijk ook zelf meer opgeleid om met mensen om te gaan. Denk ik. Er zullen wel wat oude (artsen) rondlopen die nog wel autoritair zijn maar ja...” (Participant 9)*

Participanten gaven aan dat ze meer betrokken worden tijdens het gesprek. Tegenwoordig wordt uitgelegd waarom iets gedaan wordt en niet alleen dat iets gedaan wordt. Er wordt duidelijk uitgelegd wat er aan de

hand is en wat de mogelijke behandelingen zijn voor de klachten waarbij de participant met de arts kan overleggen wat de best passende behandeling kan zijn. Participanten gaven aan dat de arts dit vroeger bepaalde.

*“Hun manier van communiceren is zoveel beter geworden dan in een vroegere periode. Er zit een verschil in van dag en nacht. [...] Het hele afstandelijke van vroeger, dat was er wel degelijk. Mijn vroegere huisarts (...) die had een witte jas aan, boordje om en dat was ‘meneer voor en meneer na’ en ‘ja dokter, nee dokter’. Dat was een receptje uitschrijven en daar moest je het mee doen als je een bezoek had. Geen toelichting verder, helemaal niets”. (Participant 2)*

**Media-Invloed** – Mediakanalen als internet, televisie en kranten werden door een aantal participanten genoemd om informatie op te zoeken. Diegene die het erover hadden, vertelden dat ze weleens op internet keken om te weten hoe een bepaald lichaamsdeel in elkaar zit en welke behandelingen er bestaan voor een aandoening. Deze participanten namen deze informatie mee naar de arts om hier vragen over te stellen.

De invloed van de media bij het stellen van bepaalde vragen is nauwelijks voorgekomen in de interviews met participanten omdat ze hier weinig over te zeggen hadden. Participanten vertelden niet dat ze vragen stellen, omdat dit hen vanuit de media wordt aangedragen. Participanten is hierbij gevraagd wat zij vonden van een campagne om patiënten te helpen bij het voorbereiden van een doktersbezoek. Weinig participanten hadden het radiospotje van de campagne gehoord, laat staan dat ze dachten erdoor beïnvloed te worden om bepaalde vragen te stellen. De campagne leek ze wel een goed idee voor mensen die dit nodig hebben, maar de participanten gaven aan zelf geen hulp nodig te hebben bij het voorbereiden van een gesprek met de arts. Ze dachten dat zoiets goed kon zijn voor oudere mensen, mensen die angst hebben voordat ze naar het ziekenhuis gaan en mensen die niet weten wat ze moeten vragen.

*“Nou, dat vind ik wel goed. Ik zal er zelf niet naar kijken voor dingen wat ze allemaal vragen. Vind ik zelf niet echt nodig, maar ik denk dat er wel genoeg mensen zijn die dat wel handig vinden.” (Participant 4)*

**Eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg** – Participanten werd gevraagd wat zij ervan vonden dat minister Schippers stelde dat burgers meer verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun eigen gezondheid en zorg. Participanten antwoordden dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid, maar wel tot op zekere hoogte. Ze gaven aan dat ze zelf bij kunnen dragen aan hun gezondheid door te sporten, gezond te eten en niet te roken, maar dat ze er soms niets aan kunnen doen dat ze klachten kregen.

*“Je bent medeverantwoordelijk voor je gezondheid. Als je sport doe je ook mee voor je gezondheid. (...) “Sporten is goed voor je lichaam.” En zeker met mijn gewrichten en zo. Kijk, dat doe je wel. (...) “Ja, je bent ook verantwoordelijk voor je lichaam.”” (Participant 10)*

Ook gaven sommige participanten aan dat het deels hun eigen schuld was dat zij in het ziekenhuis moesten komen, omdat ze de huisarts vertrouwden dat de klachten niet ernstig waren en hierdoor te lang met de klachten bleven doorlopen.

*“Goeie huisarts, prima huisarts. Daarom geloof je hem ook. Echt, die man was ongelooflijk goed in zijn diagnoses, maar hier zat hij gewoon bij naast. En waarschijnlijk eigen schuld, voor een deel, omdat je er zelf te makkelijk overheen stapt.” (Participant 9)*

Vervolgens werd gevraagd naar het al dan niet meebeslissen over de hun eigen zorg en wat hun verantwoordelijkheid daarbij is. Participanten gaven aan dat zij het goed vonden dat zij door de arts betrokken werden bij de keuze voor de behandeling. Ze vonden het belangrijk dat de arts hen uitlegde welke keuzes er waren en vragen konden stellen wat de voor- en nadelen van deze keuzes waren, zodat zij mee konden beslissen over de behandeling.

*“Ja, je hebt weinig kennis van medische zaken om te zeggen: “Daar ga ik in meebeslissen”, maar als ze aandragen: “We kunnen dit doen óf we gaan dat doen, dit is het voordeel van dit, dit is het nadeel van dat.” Ja, dan vind ik dat een hele goede zaak en zou ik daarin meebeslissen.” (Participant 2)*

Alleen gaven ze daarbij wel aan dat ze dan alsnog de verantwoordelijkheid voor het kiezen van de behandeling aan de arts overlieten. De redenen die ze daarvoor gaven, waren dat de arts de kennis heeft over de ziekte en de bijpassende behandelingen en daarnaast willen participanten het zelf niet op hun geweten hebben dat ze een verkeerde beslissing maken.

*“Nou, ik denk toch zo van: een arts weet toch wel welke behandeling je moet hebben? Ik heb er niet voor geleerd, dus hoe moet ik dan zeggen van: “Ik wil die of die behandeling.” (...) Ik denk: daarvoor ga ik naar het ziekenhuis.” (Participant 10)*

Als de arts zei dat die ene behandeling goed is, gingen de participanten hier niet verder op in. De meeste participanten geven aan de arts te vertrouwen bij het kiezen van een behandeling. Zo lijken participanten deels de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid bij zichzelf te leggen door het onderhouden van een gezonde levensstijl, maar lijken ze deze verantwoordelijkheid in mindere mate te voelen wanneer ze moeten meebeslissen over de zorg die ze krijgen.

### **5.3.2. Sociale invloed bij het (op)stellen van vragen**

Uit de interviews kwam naar voren dat de informatie en de ervaringen van mensen uit de directe sociale omgeving van belang zijn bij het bedenken van vragen. Dit bleek bij de voorbereide groep participanten meer naar voren te komen dan bij de participanten die zich nauwelijks voorbereiden. De voorbereide groep praat veel met anderen en zoekt informatie op, wat de onvoorbereide groep niet of in mindere mate doet. Om die reden wordt in deze paragraaf vooral over de voorbereide participanten gesproken.

Uit de interviews kwam naar voren dat participanten in meer of mindere mate door de sociale omgeving beïnvloed lijken te worden bij het bedenken en stellen van vragen aan een arts. Participanten vertelden dat ze de vragen zelf bedachten en hun eigen vragen stelden aan de arts, maar de meesten gaven daarbij wel aan dat ze de ervaringen en informatie van anderen meenamen om tot deze vragen te komen. Zij horen dingen van anderen waarbij ze zelf de overweging maken of die informatie van belang is bij het bedenken welke vragen ze de arts willen stellen. Zij willen zelf anderen betrekken bij het denken over hun klachten door met hen te praten. Uit de interviews is nauwelijks naar voren gekomen dat de participant een arts een vraag stelde, omdat anderen zeiden dat ze een bepaalde vraag moesten stellen.

**Sociale invloed door te praten over klachten** – Participanten praten met anderen over hun klachten om te delen waar ze last van hebben, om steun te zoeken en omdat ze de mening en ervaring van anderen willen over wat ze met de ervaren klachten aan moeten. In de interviews werd voornamelijk over de naaste familieleden gesproken, maar ook over de vrienden, burens, collega's, fysiotherapeuten en de huisarts. Een participant zegt hierover:

*“Nou dan zit ik nog in een zeurfase als ik het er met mijn kinderen over heb. Zo van: “Gad, ik voel me helemaal niet lekker” of “Hè, ik heb pijn in mijn schouder en wat moet ik nou toch.” (Participant 2)*

Wanneer de klachten verergeren spraken ze wel met mensen in hun omgeving of het toch handig is om even naar de huisarts te gaan zodat ze misschien doorgestuurd kunnen worden naar het ziekenhuis.

*Thuis vertel ik natuurlijk wel: “Pijn”. Ja, en dan zegt mijn man ook wel op een moment van: “Ga daar nou een keer mee heen.” (Participant 4)*

Participanten die zich niet of nauwelijks voorbereiden gaven aan dat ze met niet met hun familieleden en/of vrienden praten over hun klachten, maar gelijk naar de huisarts gingen voor advies. Sommige participanten praten hier liever niet met anderen over, omdat ze aangaven altijd met pijn te lopen, hun sociale omgeving vaak al weet dat ze met pijn lopen en niet zielig gevonden willen worden. Deze participanten willen het niet altijd met hun sociale omgeving hebben over hun klachten. Wanneer de klachten verergeren gaat ze zonder dit te bespreken naar de huisarts die hen eventueel doorstuurt naar een arts in het ziekenhuis.

Participanten die aangaven zich nauwelijks voor te bereiden op een gesprek gaven aan dat hun partner daarentegen weleens informatie opzocht voorafgaand aan een gesprek met de arts. Dit werd ook aangegeven door de twee echtgenoten die tijdens dit onderzoek gesproken zijn. Deze echtgenoten gaven aan dat ze informatie opzochten voor hun partner, omdat ze zelf bezorgd en nieuwsgierig waren. De informatie die zij vonden werd besproken met hun partner.

**Sociale invloed bij voorbereiding** – Participanten is gevraagd hoe zij op de vragen kwamen die zij de arts wilden stellen. De meeste participanten gaven het antwoord dat ze deze vragen zelf bedachten. Echter, daarbij zeiden ze dat het praten met familieleden, vrienden, collega's en deskundigen van belang was voor het bedenken van vragen in de aanloop naar het gesprek met de arts. Elk contact kan nieuwe informatie leveren die opgestapeld en meegenomen wordt bij het nadenken over welke vragen iemand wil stellen. Sommige

participanten willen de mening en ervaringen van anderen. De informatie die participanten van anderen te horen kregen, werd in het achterhoofd meegenomen bij het bedenken van vragen om de arts te stellen.

*Een schoonzus van mij heeft een nieuwe heup en daar wordt over gepraat: "Hoe is het begonnen? Hoe lang duurt het voordat de pijn zo erg is dat je er echt iets aan moet laten doen?" Nou, dat soort ervaringen neem je natuurlijk mee in je eigen hoofd. (Participant 9)*

Maar weinig participanten gaven aan dat anderen tegen hen zeiden dat ze bepaalde vragen moesten stellen. De meeste participanten gaven aan niet met anderen te praten over het concreet bedenken van vragen om de arts te stellen. De participanten die dit wel aangaven, vertelden dat in gesprekken met verschillende mensen hen gezegd werd dat ze bepaalde vragen zouden moeten stellen. Voorbeelden hiervan zijn:

*[thuiszorg] "Zo gauw als je bij een dokter komt, vraag het nou even."(participant 2 over de thuiszorg die zei dat de participant de arts moest vragen wat de bult op haar heup was)*

*[moeder] "Als ik jou was zou ik dat ook even vragen of dat wel goed is of dat het wel kan." (participant 4)*

Participanten gaven aan dat anderen dit zeiden uit bezorgdheid. Zo gaf iemand aan dat haar ouders al tientallen jaren weten dat ze last heeft van haar heupen. Familieleden, vrienden, maar ook de mensen van de thuiszorg zien de participanten regelmatig en kennen de participant goed waardoor ze bezorgd zijn om diegene. Zo werd aangegeven dat participanten na een gesprek met de arts door de mensen uit de sociale omgeving werd gevraagd of ze bepaalde vragen wel gesteld hebben. Enkele participanten gaven aan dat ze soms wel en soms niet de vragen van anderen stellen aan de arts. Uit de gesprekken kwam naar voren dat dit te maken heeft met de persoon die het tegen hen zegt. Zo werd duidelijk uit de interviews met deze participanten dat hoe hechter de band is, hoe eerder zij de voorgestelde vragen van anderen meenamen om een arts te stellen. Zo gaf iemand aan de vragen die haar vriendin benoemt aan de arts te stellen, terwijl ze aangeeft vragen van de thuiszorg niet te stellen.

Daarnaast lijkt het aan het type vraag te liggen of participanten deze een arts willen stellen. Participanten gaven aan dat ze de vraag van iemand anders soms niet belangrijk genoeg vonden om aan de arts te stellen. Wanneer de participant vond dat de ander misschien wel gelijk had over iets, stelden ze deze vraag eerder. Zo zei een participant dat de thuiszorg had gezegd dat ze de dokter naar een bobbel op haar heup moest laten kijken. Ze had hier zelf geen slecht gevoel bij en dacht zelf eerder aan een bloedingstorting, waardoor ze dit niet aan de arts gevraagd heeft.

Uit de gesprekken met deze participanten, die aangaven dat ze vragen van anderen meenemen in hun vraaggedrag, kwam niet nadrukkelijk naar voren waarom deze participanten zich wel laten beïnvloeden om een bepaalde vraag te stellen en andere participanten niet.

**Sociale invloed tijdens het gesprek** – De antwoorden die participanten gaven bij de vraag of ze iemand meenemen voor een gesprek met de arts liepen uiteen. Sommige participanten gaven aan dat ze niemand meenemen naar een gesprek. Ze vonden dat dit niet nodig was, omdat ze dat prima zelf kunnen. Sommige participanten gaven aan dat ze af en toe iemand meenemen, maar niet omdat ze dit nodig vonden, maar meer om praktische redenen. Zo gaf iemand aan dat ze een afspraak met een arts had en daarna een aanvullend onderzoek moest ondergaan. Participanten zeiden dan iemand mee te nemen voor de gezelligheid om de tijd te overbruggen. Ook gaven participanten aan dat ze iemand meenamen, omdat ze zelf niet in staat zijn om naar het ziekenhuis te rijden. Ze gaven daarbij aan dat ze diegene die mee gaat voor de gezelligheid of voor het vervoer wel in de wachtkamer laten wachten wanneer zij het gesprek met de arts hadden.

Sommige participanten gaven aan dat ze zo mogelijk juist iemand meenemen naar een gesprek met een arts. Dit vonden ze prettiger, omdat ze zelf vergeetachtig zijn door hun leeftijd of als gevolg van een beroerte. Zo gaf een aantal participanten aan dat ze zich zekerder voelen als iemand anders meegaat, omdat iemand anders dan ook hoort wat de arts gezegd heeft voor als zij het zelf vergeten zijn. Tijdens de interviews is vaak de uitdrukking 'twee horen meer dan één' naar voren gekomen. Participanten gaven aan dat ze tijdens gesprekken zoveel informatie krijgen dat twee mensen meer onthouden dan dat zij dat alleen doen. Zeker bij emotionele gesprekken waar bijvoorbeeld een uitslag van een onderzoek wordt gegeven, nemen participanten iemand mee voor de steun en voor een luisterend oor. Of ze dit dan doen omdat ze dit zelf willen of omdat de arts hen dit adviseert, is niet duidelijk.

Uit de interviews kwam naar voren dat de meegenomen persoon zich kan mengen in het gesprek tussen de arts en participant. Participanten gaven aan dat ze hen soms ondersteunden bij wat zij de arts willen

vertellen en daarbij extra informatie gaven. Participanten gaven ook aan dat diegene die meeding ook af en toe vragen aan de arts stelde. Wanneer iets niet begrepen werd, vroegen zij ook om uitleg.

Dit werd ook door de twee echtgenoten verteld. Deze echtgenoten gaven aan dat ze proberen om de participant met de arts te laten spreken, maar gaven aanvullingen wanneer zij als partner vonden dat niet alles aan de arts verteld werd. Ook werd aangegeven dat als de participant vragen niet gesteld had, de ander hem/haar erop attendeerde die vraag alsnog te stellen. Daarbij zeiden zij dat ze niet bewust de partner willen beïnvloeden om vragen te stellen, maar de participant willen motiveren om dit te doen.

*“Ik probeer hem dan wel aan te sporen van: “Stel gewoon die vragen ook, weet je.” Op het moment dat het je binnen vliegt, stel ze.” (Echtgenoot participant 7)*

### 5.3.3. Rol van de arts

De informatievervalsing door de arts en zijn/haar houding bleek van belang voor het vraaggedrag van participanten. Uit de interviews kwam naar voren dat participanten zeer tevreden zijn over het verloop van het gesprek met de artsen van de afdeling Orthopedie als bij andere afdelingen. Uit de data komt niet expliciet naar voren dat participanten verschillen zien tussen de artsen die zij hebben gesproken.

**Informatievervalsing** – Uit de interviews kwam naar voren dat de informatievervalsing door de arts van groot belang is voor het vraaggedrag van participanten. Beide groepen (zowel voorbereid als onvorbereid) gaven aan vragen niet te hebben gesteld, omdat ze spontaan al antwoord op hun vragen kregen van de arts. Het vraaggedrag van participanten veranderde hierdoor, omdat ze bepaalde vragen niet meer hoeven te stellen. In een gesprek vertelt de arts over de klachten en een eventuele behandeling van de klachten, waarmee de arts veel vragen van een participant kan beantwoorden. Ze vinden de uitleg van de arts meestal erg duidelijk waardoor zij nog weinig vragen stellen.

*“Hij legt gewoon een hele hoop uit. Er zijn nog weinig vragen, omdat hij stapsgewijs uitlegt wat hij gaat doen.” (Participant 9)*

**Houding arts** – Uit de interviews is gebleken dat de participanten tevreden waren over het handelen en de houding van de arts, met wie zij spraken. Ze ervoeren het gesprek dat ze hadden als een ‘goed gesprek’. Wanneer gevraagd werd wat zij onder een ‘goed gesprek’ verstaan, ging het vooral over de arts. Zo vonden participanten een vriendelijke houding van de arts belangrijk, maar ook zorgvuldigheid, een duidelijke uitleg en eerlijkheid over waar de participant aan toe is. Participanten gaven aan dat ze vriendelijk ontvangen werden door de arts, zowel bij de afdeling Orthopedie als bij andere afdelingen en dat de communicatie prettig was. Dit maakte dat participanten zich meer op hun gemak voelden en serieus genomen werden. Enkele participanten gaven aan dat een afstandelijke houding van de arts hen heeft belemmerd bij het stellen van vragen, maar over het algemeen leken participanten geen moeite te hebben met het stellen van vragen aan een arts.

### 5.3.4. Overige kenmerken

Uit de interviews kwam naar voren dat voorbereiding van invloed is op voor het vraaggedrag. In deze paragraaf wordt ingegaan op overige kenmerken die van belang zijn bij het uitleggen waarom de ene participant zich wel uitgebreid voorbereidt en vragen stelt aan de arts en een andere participant dit in mindere mate doet. De participanten spraken daarbij over ‘eerdere ervaringen’, ‘vertrouwen in arts’ en ‘karaktereigenschaften’. Deze kenmerken worden hieronder beschreven.

**Eerdere ervaringen met dezelfde klachten** – Eerdere ervaringen kunnen leiden tot meer kennis waardoor participanten sommige vragen niet meer stelt aan de arts. Sommige participanten zeiden al meerdere operaties en behandeltrajecten te hebben gehad, maar dat de klachten na verloop van tijd steeds terugkomen. Participanten vertelden dat ze voorafgaand hun vragen niet hadden voorbereid om aan de arts te stellen, omdat ze wel wisten wat ze moesten vragen. Zij vertelden dat zij door de vele ervaringen inmiddels weten wat de klachten veroorzaken en wat mogelijke behandelingen zijn, omdat ze in de loop van de tijd veel informatie hebben gekregen. Dit maakt dat ze zich minder voorbereiden op een gesprek met de arts en meer met een afwachtende houding naar de arts gaan.



*“Ja, ik weet hier natuurlijk al behoorlijk veel van want ik loop er al mijn hele leven mee, dus ja, inmiddels weet je dat wel. Dus daarom heb ik daarover ook niet zoveel over te vragen. Dat is wel duidelijk.” (Participant 4)*

Wanneer ervaren participanten vragen stellen zijn dit vaker specifieke vragen. Participanten hebben het over vragen waarbij ze zelf informatie hebben gevonden en aan de arts vragen of die informatie klopt. Het volgende citaat geeft een voorbeeld weer.

*“Ja, want toen ik de medicijnen kreeg voor de transplantatie. Ik wist gelijk waar ze allemaal voor waren. En ook bij een heleboel welke bijwerkingen ze hadden. Dat wordt je niet verteld hoor, dus dat hebben we zelf opgezocht en toen heb ik gevraagd: “Is dat zo?” Toen werd er gezegd: “Ja oh, dat hebben jullie alweer opgezocht zeker?” Ik zeg: “Ja, dat hebben we alweer opgezocht.”” (Participant 10)*

**Ervaringen van anderen uit de sociale omgeving** – Zowel participanten die al meerdere malen dezelfde klachten ondervonden als participanten die voor het eerst te maken krijgen met bepaalde klachten, vertelden dat ze de ervaringen van anderen meenemen bij de voorbereiding en het vraaggedrag tijdens een gesprek met de arts. Informatie en de ervaringen van familieleden, vrienden, collega’s en artsen *“worden meegenomen in het achterhoofd”* (participant 9) bij het bedenken en stellen van vragen. Zoals de participant in dit onderstaand citaat zei, is het een ontwikkelingsproces.

*“Nou ja, ik ben natuurlijk een oude kerel dus ik heb wel een hoop dingen in mijn leven gehoord. Dus ja, dat zijn ook van die ontwikkelingskwesaties. Je hoort van je kinderen, je vrouw, je burens ook dingen en je ziet dingen.” (Participant 9)*

Participant 9 had het in het bovenstaande citaat ook over zijn leeftijd. Hij zei dat hij door zijn oudere leeftijd al veel dingen in zijn leven had gehoord, waardoor deze participanten zich minder voorbereidden voor een gesprek met de arts. Dit antwoord werd vaker door participanten gegeven in de interviews wanneer het ging over ervaringen met zowel dezelfde klachten, ervaringen van anderen en ervaringen met artsen.

**Eerdere ervaringen met artsen** – Participanten gaven ook aan dat het aan het type gesprek ligt of zij zich voorbereiden of niet. In de interviews spraken participanten niet alleen over de eerste afspraak bij een orthopeed, maar ook over eerdere ervaringen met orthopeden en andere artsen. Participanten die al veel vaker op een bepaalde polikliniek waren geweest, gaven aan na verloop van tijd minder vragen te hebben om aan de arts te stellen. Zij dachten zelf dat dit te maken heeft met de ervaring die ze opgedaan hebben.

Ook participanten die eerst heel voorbereid naar een eerste gesprek gingen, gaven aan dit steeds minder te doen naarmate de behandeling vorderde. Zo gaven participanten aan dat ze over het algemeen wel een vragenlijstje maken wanneer ze voor een eerste gesprek met de arts kwamen, maar wanneer ze eerder ervaring hadden opgedaan met de klachten en/of met een arts zij dit niet meer nodig vonden. Ze hadden zelf al veel kennis opgedaan en hadden daardoor beter in hun hoofd wat ze zouden willen vragen. Daarbij gaven enkele participanten aan dat ze al een langere tijd onder behandeling staan bij een bepaalde arts. Deze arts kennen ze dan al zo lang dat ze zich niet meer uitgebreid voorbereiden op een gesprek, omdat het gesprek vanzelf gaat, zoals het citaat hieronder aangeeft.

*“Kijk, heb ik vragen dat ik zeg van: “Nou, dat zijn echt wel belangrijke vragen.” Dan zou ik ze opschrijven, maar gewoon zo in die gesprekken met mijn andere arts ook. Dat gaat zo gemoedelijk. Ja, dan kan je gewoon vragen stellen.” (Participant 10)*

Uit de antwoorden van alle participanten werd duidelijk dat hoe vaker de participant ervaringen opdoet met het spreken met artsen en het ondergaan van behandelingen, hoe minder druk zij zich maken wanneer ze weer een gesprek met de arts hebben. Vooral oudere participanten gaven aan zich minder druk te maken wanneer ze naar een gesprek met de arts gaan, omdat ze dit al veel vaker meegemaakt hebben. Ze gaven aan dat ze dat wel geleerd hebben van alle gesprekken. Alle ervaringen (met dezelfde klachten, van anderen en met artsen), die de participant voorafgaand aan het gesprek opdoet neemt de participant mee in zijn/haar vraaggedrag. Zowel die ervaringen van een week geleden als die van 10 jaar geleden.

*“Nee, wij (zij en haar man) maken ons daar niet zo druk om. Nee. Ik denk: dat leer je wel, want het is ook vaak zo dan ga je denken van: oh, gaan ze misschien dit doen of dat doen? En dan gebeurt er helemaal niks. En dan heb je je onnodig zorgen gemaakt. Dus dat ga ik niet doen.” (Participant 10)*

**Vertrouwen in arts** – Participanten spraken over het vertrouwen in de arts bij het al dan niet voorbereiden van een gesprek met een arts. Sommige participanten gaven aan dat ze zich niet voorbereiden en dat ze de arts volledig vertrouwen wanneer ze naar een gesprek met de arts gaan. Deze participanten gaven daarbij aan dat ze het gesprek afwachtten en zich overgaven aan de arts.

*“Het vertrouwen in de arts is wel groot. Je moet wel in diegene vertrouwen, want als je dat niet doet hoef je er ook niet heen te gaan.” (Participant 1)*

Uit de interviews kwam naar voren dat vooral participanten boven de 65 jaar aangaven het gesprek af te wachten. Deze participanten gaven aan dat de arts de kennis heeft en zij niet. Hierdoor kunnen ze weinig meepraten en laten ze het aan de arts over hoe het gesprek zal gaan verlopen.

Enkele participanten gaven aan door eerdere ervaringen met artsen een wantrouwen te hebben gekregen tegenover artsen. Zij vertelden dat artsen hun klachten niet serieus namen, terwijl de klachten achteraf ernstig en zelfs levensbedreigend bleken.

*“De huisarts probeert het vertrouwen weer te winnen. Er is al vanaf jongs af aan geen vertrouwen in artsen. Er is van alles en nog wat misgegaan tot nu, als in echt mis.” (Participant 7)*

Ook had iemand het over een fout die een arts maakte tijdens een operatie door zijn mild uit zijn lichaam te snijden, maar wat de arts verzweeg.

*“In 1990 ben ik in het UCMG geweest met de vraag: “Heb ik wel een mild?” Nou, toen had je de specialisten moeten horen lachen. “Natuurlijk, iedereen heeft een mild.” “Maar ik denk ik niet.” Scannen. [...] “Hij is uitgesneden.” Ik zei: “Precies, daarom heb ik die rare ziektes.” [...] Dus mijn invalshoek is redelijk kritisch. Daarom vraag ik ook altijd alles. Ik wil het gewoon weten. En niet van: “uh...” Nee! “Waarom? Wat? Hoe zit dat? Wat is het gevolg?”” (Participant 9)*

Het vertrouwen in een arts is geschaad, waardoor een participant zelf de controle wil hebben en veel informatie opzoekt over de diagnoses en mogelijke behandelmogelijkheden om precies te weten waar hij aan toe is. Zij bereiden zich juist voor. Deze participanten gaven aan wat terughoudender te zijn met wat de arts hen vertelt en veel vragen te stellen om zoveel mogelijk informatie te krijgen.

**Karaktereigenschappen** – Enkelen participanten gaven aan dat het ook met hun karakter te maken heeft hoe zij zich voorbereiden op een gesprek met de arts en hoe zij zich gedragen in dit gesprek. Zo werd gesproken over de eigenschap nuchterheid. Een participant gaf aan niet nerveus te zijn voor een gesprek met de arts en alles op zich af laat komen, omdat ze zelf zei: *“wat moet, dat moet” (participant 3)*. Ook werd gesproken over terughoudendheid en dat participanten niet lastig gevonden willen worden, waardoor ze een afwachten wat de arts zegt.

*“Ik vind het natuurlijk wel goed dat zij (huisarts) alles zo goed onderzoekt hoor, (...) maar ik denk: jeetje een Orthopeed erachteraan vind ik wel te ver gaan. Ik dacht van: straks zit ik daar en zit ik een beetje voor schut met mijn ontstekinkje.” (Participant 2)*

Participanten die aangaven zich voor te bereiden hadden het vaker over de eigenschappen assertiviteit en nieuwsgierigheid. Zij gaven aan te willen weten wat er precies aan de hand is met hen en stellen hiervoor vragen.

*“Je bent nieuwsgierig, dus je gaat kijken: nou wat is er loos? Dat opzoeken op Google en zo, allerlei medische sites, heeft wel heel erg geholpen. Ja, want toen ik de medicijnen kreeg voor de transplantatie; ik wist gelijk waar ze allemaal voor waren.” (Participant 10)*

## Hoofdstuk 6. Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten met het stellen van vragen aan een arts tijdens een medisch consult en te achterhalen hoe sociale verwachtingen hierbij een rol spelen. In dit hoofdstuk zullen de bevindingen van het onderzoek beschreven worden en wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: *“Wat zijn de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen tijdens een medisch consult en in hoeverre spelen sociale verwachtingen hierbij een rol?”* In paragraaf 6.1. wordt de conclusie gegeven die voortkomt uit de resultaten van dit onderzoek. Dit wordt gedaan door eerst antwoord te geven op de deelvragen, waarmee uiteindelijk de centrale onderzoeksvraag beantwoord kan worden. In paragraaf 6.2. worden de resultaten van het onderzoek bediscussieerd, onder andere door een koppeling te maken met de bestaande literatuur. In paragraaf 6.2.1. wordt een koppeling gemaakt met de Theory of Planned Behavior. In paragraaf 6.3. worden de sterke punten en de kanttekeningen van het onderzoek gegeven en in paragraaf 6.4. wordt een aantal suggesties voor vervolgonderzoek geformuleerd.

### 6.1. Conclusie

#### 6.1.1. Voorbereiding van een medisch consult

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag: *“Hoe bereidt de patiënt zich voor op een medisch consult?”* Uit het onderzoek komt naar voren dat de mate van voorbereiding op het gesprek met de arts per patiënt lijkt te verschillen. Zo waren er patiënten die zich inhoudelijk uitgebreid voorbereiden op een medisch consult, die informatie opzochten over hun klachten en met andere mensen uit de omgeving (familie, vrienden, collega's, burens en deskundigen) spraken over hun klachten. Alle informatie die de patiënten tot zich nemen, leken ze mee te nemen bij het bedenken van vragen om de arts te stellen. Aan de andere kant waren er patiënten die zich minimaal of niet inhoudelijk leken voor te bereiden op een medisch consult. Ze gaven aan geen vragen van tevoren te bedenken om aan de arts te stellen en gaven aan dat ze het op zich af lieten komen wat de arts tijdens het consult zou gaan zeggen.

De mate van voorbereiding leek samen te hangen met de hoeveelheid ervaring die patiënten op hebben gedaan met arts-patiënt gesprekken en met eerdere aandoeningen, de mate van vertrouwen in artsen en het karakter van de patiënt. Eerdere ervaringen met arts-patiënt gesprekken en/of met dezelfde klachten leken ervoor te zorgen dat patiënten meer kennis hadden opgedaan en hierdoor weinig vragen hadden voorbereid om de arts te stellen. Het vertrouwen leek ook een rol te spelen, omdat veel patiënten aangaven dat zij de arts volledig vertrouwen en daardoor minder voorbereid naar een medisch consult gingen. Echter, eerdere nare ervaringen met artsen leken er juist voor te zorgen dat de patiënt meer vragen stelt aan de arts, omdat de patiënt een wantrouwen had gekregen tegenover artsen. Ook het karakter van de patiënt leek een kenmerk voor het al dan niet voorbereiden van vragen aan een arts. Nieuwsgierigheid en assertiviteit werd door inhoudelijk voorbereide patiënten genoemd en nuchterheid bij de patiënten die zich minimaal of niet voorbereiden.

#### 6.1.2. Vraaggedrag tijdens medisch consult

In deze paragraaf wordt de volgende deelvraag beantwoord: *“Hoe gaat het stellen van vragen tijdens een medisch consult?”* Uit dit onderzoek bleek dat de meeste patiënten geen belemmeringen ervaarden om een arts vragen te stellen, omdat ze vonden dat de arts ervoor is om vragen aan te stellen. De type vragen die door patiënten gesteld werden als ze vragen hadden, waren vragen om verheldering van informatie, vragen om bevestiging of advies te krijgen, vragen over het toekomstperspectief en kritische vragen over de manier van handelen van de arts. Echter, sommige patiënten, vooral ouderen, voelden wel belemmeringen om vragen te stellen omdat ze aangaven niet dom over te willen komen, de houding van de arts hen ervan weerhield of omdat ze de vraag toch niet zo belangrijk vonden om te stellen.

Het vraaggedrag van patiënten leek beïnvloed te worden door de manier van voorbereiding van patiënten, de informatieverstrekking van de arts en opspelende emoties. Patiënten die zich inhoudelijk voorbereiden leken meer vragen aan de arts te stellen dan patiënten die zich niet inhoudelijk voorbereiden. Echter, een patiënt kan zich nog zo goed voorbereiden, dan nog kan de arts door middel van het geven van duidelijke en volledige informatie ervoor zorgen dat de patiënt zijn/haar vragen niet meer hoeft te stellen. De vragen waren soms al spontaan beantwoord door de arts in zijn/haar uitleg aan de patiënt. Hierdoor veranderde het vraaggedrag van de patiënt omdat de patiënt de gewenste informatie al had gekregen zonder ernaar te hoeven vragen. Ook leken emoties van de patiënt ervoor te zorgen dat het vraaggedrag van

patiënten kan veranderen, ondanks dat een patiënt de intentie had om vragen te stellen aan de arts. De emoties van patiënten konden opspelen waardoor patiënten overrompeld werden en hierdoor niet meer wisten wat ze de arts wilden vragen.

### **6.1.3. Rol van de maatschappij, overheid en media**

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de volgende deelvraag: *“In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door verwachtingen vanuit de maatschappij bij het (op)stellen van vragen?”* De invloed van de maatschappij, overheid en media bij het stellen van vragen is tijdens de interviews nauwelijks aan bod gekomen, anders dan dat patiënten tegenwoordig anders lijken aan te kijken tegenover het stellen van vragen dan vroeger. Patiënten hadden in het algemeen weinig te zeggen over de maatschappelijke invloed, wat kan duiden op het idee dat er wellicht geen maatschappelijke invloed is op het vraaggedrag of deze invloed niet gevoeld wordt. Vroeger was de patiënt bang om vragen te stellen aan de arts, maar patiënten gaven aan dat ze tegenwoordig meer een gelijkwaardige relatie ervaren. Tijdens de interviews maakten de patiënten zelf het contrast met vroeger wanneer naar hun vraaggedrag gevraagd werd. Mediakanalen als het internet worden door sommige patiënten gebruikt om informatie op te zoeken voorafgaand aan een medisch consult met de arts. Patiënten gaven aan dat zij vragen stellen, omdat ze zelf informatie willen. Zij stellen niet hun vragen, omdat de media of de overheid wil dat zij vragen stellen.

De invloed van de maatschappij, overheid en de media lijkt wel een rol te spelen bij het denken over de eigen gezondheid, maar niet zozeer bij het denken over de eigen regie. Uit het onderzoek bleek dat patiënten deels zelf verantwoordelijkheid namen voor hun eigen gezondheid door voor een bepaalde (ongezonde) leefstijl te kiezen, maar dat ze er deels ook niets aan konden doen dat ze klachten kregen en gewoonweg pech hadden dat dit hen overkomt. Verantwoordelijkheid leken ze minder te nemen wanneer het gaat om het kiezen voor hun eigen zorg. Ze wilden wel meebeslissen over de behandeling die ze kregen, maar vonden de arts eindverantwoordelijk omdat de arts de deskundige is. Zo lijkt de maatschappij en overheid invloed uit te oefenen op patiënten met betrekking tot de verantwoordelijkheid van hun eigen gezondheid, maar lijkt deze invloed er niet te zijn wanneer het gaat over het nemen van regie over de zorg.

### **6.1.4. Rol van sociale omgeving**

Deze paragraaf gaat in op het beantwoorden van de deelvraag: *“In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door verwachtingen vanuit de directe sociale omgeving bij het (op)stellen van vragen?”* Sommige patiënten leken door de sociale omgeving beïnvloed te worden bij het bedenken en stellen van vragen aan een arts. Patiënten bedenken doorgaans hun vragen zelf, maar de eerdere ervaringen van anderen (familie, vrienden, deskundigen) met betrekking tot aandoeningen en/of arts-patiënt gesprekken namen patiënten mee om tot deze vragen te komen. Deze invloed kwam zowel bij voorbereide als onvoorbereide patiënten voor, maar vooral de voorbereide patiënten praatten veelvuldig met anderen en kregen hierdoor ideeën wat ze zouden kunnen vragen aan de arts. Uit dit onderzoek is nauwelijks naar voren gekomen dat de patiënten een arts een vraag stelden, omdat anderen zeiden dat ze een bepaalde vraag moesten stellen. Slechts de minderheid van de gesproken patiënten stelden vragen omdat anderen zeiden dat ze die moesten stellen.

Verder leken personen uit de sociale omgeving het verloop van het gesprek tussen arts en patiënt te beïnvloeden wanneer de patiënt iemand meebracht voor een gesprek met de arts. Wanneer de patiënt niet alles aan de arts vertelde kon de meegenomen persoon de patiënt ondersteunen, aanvullen en motiveren om vragen te stellen, maar ook zelf vragen stellen waardoor de patiënt dit niet meer hoefde te doen.

### **6.1.5. Rol van de arts**

In deze paragraaf wordt de laatste deelvraag beantwoord: *“In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door de verwachtingen van de arts bij het (op)stellen van vragen?”* De sociale verwachtingen vanuit artsen is in dit onderzoek weinig aan bod gekomen, omdat meer werd gesproken over de informatieverstrekking door de arts. Patiënten leken te weten dat artsen van hen verwachten dat zij de arts vertellen wat er aan de hand is. Een arts kan niet door de patiënt heen kijken, dus de patiënt moet alle informatie over de klachten delen van de arts. Zij moeten zelf vragen stellen wanneer ze informatie van de arts niet begrijpen. Er zijn op basis van de interviews geen aanwijzingen die erop wijzen dat de houding van de arts het vraaggedrag van geïnterviewde patiënten tijdens het medisch consult beïnvloedde. Ze leken tevreden over het gesprek dat ze met de arts gevoerd hadden, omdat de arts alles duidelijk uitgelegd had.

### 6.1.6. Algemene conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten met het stellen van vragen aan een arts en in hoeverre sociale verwachtingen hierbij een rol speelden. Sommige geïnterviewde patiënten voelden zich niet gehinderd bij het stellen van vragen, maar bij sommigen leek dat wel het geval. Dat waren met name oudere patiënten, wat te maken kan hebben met het idee dat er vroeger minder aan de arts gevraagd werd. De arts wist wat goed was voor de patiënt en de patiënt wilde niet tegen de arts ingaan.

De voorbereiding lijkt van belang te zijn voor het vraaggedrag van patiënten. De ene patiënt bereidt vragen voor en de ander doet dit niet. Dit lijkt te maken te hebben met de hoeveelheid ervaring die patiënten hebben opgedaan met arts-patiënt gesprekken, met eerdere klachten en door het praten met andere mensen, maar ook met het vertrouwen in de arts en het karakter van de patiënt. Toch hoeft de manier van voorbereiding niet altijd uit te maken, want opspelende emoties van de patiënt en de informatieverstrekking van de arts lijken het vraaggedrag van patiënten altijd te beïnvloeden.

Verwachtingen vanuit de directe sociale omgeving, de maatschappij en vanuit artsen lijken in meer en mindere mate het vraaggedrag van patiënten te beïnvloeden. Patiënten lijken informatie te vergaren door informatie op internet op te zoeken en door met anderen te praten. Dit lijken zij als input te gebruiken voor de vragen die ze bedenken om de arts te stellen. In dit onderzoek is de invloed vanuit de maatschappij, overheid en media bij het stellen van vragen nauwelijks aan bod gekomen, anders dan dat het internet een informatiebron kan zijn voor het bedenken van vragen en dat patiënten tegenwoordig anders aankijken tegenover het stellen van vragen aan een arts dan vroeger. De verwachtingen vanuit artsen om vragen te stellen is weinig naar voren gekomen in dit onderzoek. Patiënten lijken te weten dat van hen verwacht wordt dat ze alle informatie moeten geven aan de arts en de arts vragen moet stellen als ze informatie niet begrijpen. Patiënten spraken vooral over de informatieverstrekking van de arts waardoor zij vragen niet meer hoefden te stellen.

### 6.2. Discussie

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek gekoppeld aan de theorie die erover bekend is. Hierbij wordt gekeken welke resultaten overeenkomen met de literatuur, maar ook waar verschillen zich voordoen en hoe het kan komen dat deze verschillen er zijn.

Voor dit onderzoek is het stellen van vragen aan de arts tijdens een consult als gewenst gedrag geformuleerd, maar bediscussieerd kan worden of dit altijd wel als gewenst gedrag gezien moet worden. Ook al lijken de meeste patiënten geen moeite te hebben met het stellen van vragen aan een arts, dit geldt niet voor iedereen. De overheid wil burgers stimuleren om eigen verantwoordelijkheid te dragen voor de eigen gezondheid en om daarbij mondig te zijn (RVZ, 2008; RIVM, 2014; Kooiker & Hoeymans, 2014), maar zoals Rademakers (2016) stelt willen, kunnen of durven sommige patiënten zelf geen regie nemen voor hun eigen gezondheid en zorg. Wanneer patiënten geen eigen regie *durven* of *kunnen* nemen zou het gewenst gedrag wel het stellen van vragen kunnen zijn, waarbij de patiënt geholpen wordt om vragen te kunnen stellen aan de arts. Als burgers geen eigen regie *willen* nemen zou het gewenst gedrag een duidelijke en volledige informatieverstrekking van de arts kunnen zijn, zodat patiënten geen vragen meer hoeven te stellen. Het niet stellen van vragen hoeft namelijk niet als iets negatiefs gezien worden. Het niet stellen van vragen kan gewenst gedrag zijn, omdat het een teken kan zijn dat de huisarts alles al uitgelegd heeft. Wanneer alle vragen van de patiënt al in het gesprek met de huisarts aan de orde zijn gekomen, kan het voorkomen dat de patiënt geen vragen meer heeft en deze vragen dus niet meer hoeft te stellen.

Opvallend was dat patiënten tijdens de interviews in eerste instantie aangaven geen moeite te hebben met het stellen van vragen en dit wel *durfden*, maar bij het doorvragen over hun vraaggedrag werd opgemerkt dat sommige patiënten toch wel barrières ondervonden om de arts daadwerkelijk vragen te stellen, zoals niet dom over willen komen, het toch niet belangrijk genoeg vinden van de vraag of dat de houding van de arts hen weerhield om vragen te stellen. Deze barrières hadden Roter en Hall (2006) ook uit hun onderzoek gekregen. Zij gaven alleen daarbij aan dat dit kan komen door de kennis-asymmetrie tussen arts en patiënt, waarbij de arts de deskundige is en de patiënt een leek. Uit de resultaten van dit onderzoek komt echter naar voren dat de meeste patiënten tegenwoordig een meer gelijke relatie ervaren tussen artsen en henzelf. Artsen blijven de deskundige, maar ze vinden dat ze zelf meer inbreng mogen hebben. Hiermee lijkt de kloof tussen arts en patiënt voor de meeste geïnterviewde patiënten te zijn verminderd. Echter, sommige (vooral oudere) patiënten lijken het nog steeds moeilijk te vinden om mondig te zijn tegenover de arts. Dit lijkt te komen omdat bij patiënten de vroegere paternalistische relatie van de arts met de patiënt diepe sporen nalaat (RVZ, 2013). Zoals oudere patiënten aangaven was het vroeger niet gepast om de arts vragen te stellen. Het kan zijn

dat ouderen daarom tegenwoordig zich nog gedragen volgens de gedragsnormen die vroeger tijdens een medisch consult golden.

In dit onderzoek komt verder naar voren dat sommige patiënten bepaalde vragen niet aan de arts gesteld hadden omdat ze dit niet *durfden*, niet omdat ze dit niet zouden *kunnen*. Rademakers (2016) stelt dat het door lage gezondheidsvaardigheden van patiënten kan komen dat patiënten moeite hebben met het spreken in de spreekkamer. Mogelijk is niet uit dit onderzoek naar voren gekomen dat patiënten geen vragen zouden *kunnen* stellen, omdat ze zich hiervoor misschien schaamden en een sociaal wenselijk antwoord gaven. Het kan ook zijn dat de geïnterviewde patiënten hoge gezondheidsvaardigheden hadden, alleen dit kan niet door dit uitgevoerde onderzoek ondersteund worden, omdat van tevoren niet onderzocht is wat de gezondheidsvaardigheden van de patiënten was.

Een interessante vraag die naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek naar voren komt is of er een verband is tussen de mate waarin patiënten zelf verantwoordelijkheid en de regie nemen over hun gezondheid en zorg, en over hun vraagedrag tijdens een medisch consult. Uit de literatuur is bekend dat de overheid, zorgverzekeraars, zorginstellingen (RVZ, 2002; RIVM, 2014) en de patiëntenfederatie (Patiëntenfederatie Nederland, 2016) de eigen regie nemen en mondigheid als gewenst gedrag zien in de spreekkamer, maar uit de literatuur is niet bekend of patiënten zelf de verantwoordelijkheid willen nemen en mondig willen zijn wanneer het gaat over hun gezondheid en zorg. Uit dit onderzoek is voortgekomen dat patiënten zich voor een deel verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid door de leefstijl die ze hebben en soms zelfs zichzelf de schuld geven wanneer ze problemen met de gezondheid hebben. Daarbij geven ze wel aan dat het soms ook gewoonweg pech is dat ze klachten hebben gekregen. Verantwoordelijkheid voor hun eigen zorg lijken patiënten veel minder te hebben. Ze lijken wel inspraak te willen hebben in welke behandeling ze krijgen, wat in lijn ligt met het idee van de overheid om patiënten eigen regie te laten hebben over hun zorg (RVZ, 2002; RIVM, 2014). Echter, uit dit onderzoek komt naar voren dat patiënten het prettig vinden wanneer de arts hen de voor- en nadelen van behandelingen uitlegt, maar lijken patiënten van mening dat de arts de kennis en de ervaring heeft om de behandeling daadwerkelijk te kiezen en eindverantwoordelijk is. Het nemen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid lijkt er bij de meeste patiënten tot op zekere hoogte te zijn, maar het willen nemen van eigen regie over de zorg die ze moeten krijgen lijkt niet zozeer aan de orde.

Hiermee is nog geen verband gelegd tussen het nemen van eigen verantwoordelijkheid en regie en het vraagedrag van de patiënt, maar aan de hand van dit onderzoek kan ook geen duidelijk verband gelegd worden. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de geïnterviewde patiënten tegenwoordig anders lijken aan te kijken tegen het stellen van vragen aan een arts en meer vragen lijken te stellen aan de arts dan dat zij vroeger deden. Dit lijkt te maken te hebben met de verschuiving van de vroegere paternalistische arts-patiëntrelatie naar een meer gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt. Zoals geïnterviewde patiënten aangaven durfden ze vroeger geen vragen te stellen aan de arts, terwijl ze tegenwoordig meer vragen durven te stellen. Echter, het blijft twijfelachtig of patiënten tegenwoordig wel meer vragen stellen dan dat zij vroeger deden. Onderzoek van Van Dulmen, Van den Brink-Muinen en Bensing (2005) toont namelijk aan dat patiënten tegenwoordig juist minder vragen stellen dan in 1983. In hoeverre het idee van het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid en zorg een rol speelt bij het vraagedrag van patiënten kan niet onderbouwd worden op basis van de uitkomsten van dit onderzoek.

Het bevragen van maatschappelijke verwachtingen was moeilijk tijdens de interviews. Bij gebrek aan voorbeelden uit de literatuur om maatschappelijke druk uit te vragen is een topiclist ontwikkeld om in gesprekken met patiënten maatschappelijke invloed te kunnen bevragen rondom het vraagedrag van patiënten. Echter, uit gesprekken met patiënten bleek het alsnog lastig om het over maatschappelijke verwachtingen te hebben. Patiënten lijken zich vaak niet bewust te zijn van beïnvloeding waardoor het moeilijk is om daarover in gesprek te gaan. Een andere verklaring kan zijn dat patiënten gewoonweg niet beïnvloed worden door de media om verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen gezondheid en zorg. In de interviews is gevraagd wat patiënten vonden van een campagne om patiënten te helpen bij het voorbereiden van een doktersbezoek. Weinig patiënten hadden het radiospotje van de campagne gehoord, laat staan dat ze dachten erdoor beïnvloed te worden om bepaalde vragen te stellen. De campagne leek ze wel een goed idee voor mensen die dit nodig hebben, maar de patiënten gaven aan zelf geen hulp nodig te hebben bij het voorbereiden van een gesprek met de arts. Het blijft twijfelachtig wat het verband is en of er een verband is tussen de maatschappelijke verwachtingen en het vraagedrag van patiënten.

Gaandeweg het onderzoek werd duidelijk dat de vragen niet valide genoeg waren om de deelvraag: "In hoeverre wordt de patiënt beïnvloed door de verwachtingen van de arts bij het (op)stellen van vragen?" te kunnen beantwoorden. Dit werd duidelijk, omdat bij het analyseren van de interviews naar voren kwam dat in de interviews vooral werd gesproken over de rol van de arts in de zin van dat de arts duidelijk en volledige

informatie geeft, waardoor patiënten weinig vragen hoeven te stellen aan de arts. De sociale verwachtingen van artsen is tijdens de interviews weinig aan bod gekomen. Zo is niet bekend geworden tijdens de interviews of patiënten denken dat de arts van hen verwacht dat zij zich voorafgaand aan een gesprek moeten voorbereiden of dat zij informatie moeten opzoeken over hun klachten. Uit dit onderzoek is voortgekomen dat patiënten lijken te weten dat de arts van hen verwacht dat zij vertellen wat hun klachten zijn. Een arts kan niet door de patiënt heen kijken, dus de patiënt moet informatie over de klachten delen met de arts. Ze lijken te weten dat ze vragen moeten stellen als ze informatie niet begrijpen of vragen hebben, maar hier is niet dieper op ingegaan. De informatie over de informatieverschaffing door de arts is relevant, omdat het aangeeft dat de arts het vraaggedrag van zowel inhoudelijk voorbereide als inhoudelijk onvoorbereide patiënten lijkt te beïnvloeden. Echter, met die informatie wordt niet de deelvraag beantwoord.

Een aantal resultaten van dit onderzoek komt overeen met de bestaande literatuur over het vraaggedrag van patiënten. Zoals uit de literatuur al bekend was, kunnen de emoties van de patiënt ervoor zorgen dat het vraaggedrag van patiënten verandert, ongeacht de manier van voorbereiding van patiënten. De emoties van patiënten kunnen opspelen waardoor patiënten overrompeld worden en hierdoor niet meer weten wat ze de arts wilden vragen. Dit blijkt ook uit het onderzoeken van TNS NIPO (2016) en van Eggly et al (2006). Patiënten blijken regelmatig belangrijke informatie te missen tijdens een gesprek met de arts door opspelende emoties (TNS NIPO, 2016). Eggly et al (2006) stellen dat emoties als stress, onzekerheid, angst, nervositeit, schaamte en bezorgdheid zich voor kunnen doen op het moment dat patiënten in het gesprek zitten.

Zoals in dit onderzoek is gebleken is de manier van voorbereiding een onderdeel van het vraaggedrag en speelt bij de voorbereiding de mate van ervaring met arts-patiëntgesprekken of met dezelfde aandoeningen, het vertrouwen in de arts en het karakter van de patiënt een belangrijke rol. De mate van ervaring, het vertrouwen in de arts en karakter van de patiënt lijken ook weer een verband te hebben met de attitude ten aanzien van het stellen van vragen aan een arts en de manier van voorbereiding daarbij. Wanneer patiënten het belangrijk vinden om zichzelf voor te bereiden, informatie op te zoeken en vragen te stellen, lijkt het waarschijnlijker dat zij deze vragen werkelijk stellen aan de arts. Zoals Harrington en collega's (2004) en Roter en Hall (2006) al stelden, bevordert een positieve attitude ten aanzien van het stellen van vragen het vraaggedrag van patiënten. Wanneer een patiënt de attitude heeft: "de arts weet wel wat goed voor me is", is het waarschijnlijker dat de patiënt zich minder of niet voorbereidt en minder vraagt aan de arts. Dit lijkt weer te maken te hebben het vertrouwen in de arts en de mogelijk vele eerdere ervaringen met artsen. Daarmee lijkt er een verband te zijn tussen de attitude en de voorbereiding voorafgaand aan het vraaggedrag.

### **6.2.1. Koppeling met de Theory of Planned Behavior**

In dit onderzoek is aan de hand van de Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991) nagegaan wat het vraaggedrag van patiënten zou kunnen beïnvloeden. Sommige resultaten van dit onderzoek lijken anders te zijn dan vanuit de theorie verwacht werd. In de volgende alinea's wordt nader toegelicht welke resultaten anders lijken dan vanuit de theorie verwacht werd en waarom dit zo is.

Verwacht werd dat verwachtingen vanuit de maatschappij, de directe sociale omgeving en artsen het vraaggedrag van patiënten tijdens een medisch consult zouden beïnvloeden. Uit dit onderzoek blijkt dat het verband tussen de subjectieve norm om vragen te stellen en het gewenst gedrag (vragen stellen) twijfelachtig blijft. Naar aanleiding van de resultaten met betrekking tot de sociale verwachtingen (voor zowel directe omgeving, maatschappij en artsen) kan geen duidelijk verband gegeven worden. De resultaten naar de verwachtingen van artsen ten aanzien van vraaggedrag zijn niet goed uitgevraagd, omdat in de interviews door de onderzoeker niet goed genoeg werd ingegaan op de verwachtingen van artsen. Daarnaast blijft het verband tussen de maatschappelijke verwachtingen en het vraaggedrag van patiënten onduidelijk. Het is mogelijk dat er helemaal geen verband is, omdat patiënten zich niet laten beïnvloeden in de manier hoe zij een gesprek moeten voeren met de arts en hoe zij al dan niet vragen moeten stellen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat patiënten anders aankijken tegenover het stellen van vragen aan de arts dan dat zij vroeger deden, maar hoe de verwachtingen vanuit de overheid en maatschappij hieraan hebben bijgedragen blijft onbekend.

De resultaten over de verwachtingen vanuit de directe sociale omgeving laten zien dat de sociale omgeving invloed lijkt te hebben op het vraaggedrag van patiënten. Zo verkrijgen patiënten informatie vanuit hun sociale netwerk en dit lijken ze te gebruiken voor het bedenken van de vragen die ze de arts willen stellen. Ruijsbroek en Droomers (2008) stellen dat de directe sociale omgeving via de gezondheidsgerelateerde normen die binnen die omgeving gelden, via sociale steun of via informatie binnen het netwerk het gezondheidsgedrag beïnvloeden. Patiënten bedenken doorgaans hun vragen zelf, maar de eerdere ervaringen van anderen (familie, vrienden, deskundigen) met betrekking tot aandoeningen en/of arts-patiënt gesprekken

lijken patiënten mee te nemen om tot deze vragen te komen. Dit lijkt alleen meer voor te komen bij patiënten die zich inhoudelijk voorbereiden dan bij patiënten die zich niet of nauwelijks inhoudelijk voorbereiden. Een ander resultaat is dat slechts enkele van de geïnterviewde patiënten beïnvloed lijken te worden om bepaalde vragen aan de arts te stellen die anderen hen gezegd hebben. De meeste van de geïnterviewde patiënten lijken dus wel beïnvloed te worden door de informatie die ze uit hun sociale omgeving meekrijgen, maar niet doordat anderen in hun omgeving hun aanmoedigen om bepaalde vragen te stellen.

De relatie tussen de waargenomen gedragscontrole en het gewenst gedrag (het stellen van vragen) binnen de TPB voor vraaggedrag van patiënten blijft onbekend. Bij de waargenomen gedragscontrole gaat het er om of iemand denkt dat hij/zij in staat is om het gedrag daadwerkelijk uit te kunnen voeren (Ajzen, 1991). Volgens Rademakers (2016) *kunnen* bepaalde mensen moeite hebben met het spreken in de spreekkamer, omdat ze lage gezondheidsvaardigheden hebben. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen bepaalde informatie niet goed begrijpen en niet het zelfvertrouwen of de motivatie hebben om vragen te *durven* stellen (Rademakers, 2016). Zoals vermeld kan door dit onderzoek niet achterhaald worden wat de gezondheidsvaardigheden van de gesproken patiënten was. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de geïnterviewde patiënten vragen wel durven te stellen, maar ook werd duidelijk dat sommige patiënten toch wel barrières ondervonden om daadwerkelijk vragen te stellen. Rademakers (2016) stelt dat lage gezondheidsvaardigheden een reden kunnen zijn dat vragen niet gesteld worden aan de arts, maar dit onderzoek kan dat niet ondersteunen. Om die reden blijft het onbekend hoe de waargenomen gedragscontrole invloed heeft op het vraaggedrag van patiënten.

Naast een waargenomen gedragscontrole is bij het opstellen van de TPB voor het vraaggedrag van patiënten geen werkelijke gedragscontrole meegenomen. Waarbij waargenomen gedragscontrole ingaat op de mate waarin iemand denkt het gedrag uit te kunnen voeren, gaat de werkelijke gedragscontrole in op of iemand daadwerkelijk controle heeft om het gedrag uit te voeren (Ajzen, 2011). Voorafgaand aan dit onderzoek werd verondersteld dat de informatieverschaffing door de arts de intentie van patiënten om vragen te stellen zou kunnen beïnvloeden (Roter & Hall, 2006). Deze veronderstelling is voorafgaand aan dit onderzoek binnen de TPB geplaatst onder de intentie om het gewenst gedrag uit te voeren en niet onder de werkelijke gedragscontrole. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de informatieverschaffing door de arts een belangrijke rol lijkt te spelen bij het vraaggedrag van zowel inhoudelijk voorbereide als inhoudelijk onvoorbereide patiënten. Ook al hebben patiënten de intentie om vragen te stellen, dan nog kan de informatieverschaffing door de arts ervoor zorgen dat vragen niet meer gesteld hoeven te worden. Zo gaven sommige patiënten aan, die voorafgaand aan het consult een vragenlijstje hadden gemaakt, dat zij hun vragen niet meer hoefden te stellen, omdat de arts deze vragen in de uitleg beantwoord had. Wellicht kan de informatieverschaffing door de arts beter onder de werkelijke gedragscontrole geplaatst worden.

Bediscussieerd kan worden of de Theory of Planned Behavior wel de geschikte theorie is geweest om het vraaggedrag van patiënten en daarbij de sociale verwachtingen te kunnen onderzoeken. De TPB is een psychologische gedragstheorie, waarbij de nadruk ligt op de intentie om gedrag al dan niet uit te voeren en waarbij de intentie aangestuurd wordt door de attitude ten aanzien van het gedrag, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole (Ajzen, 1991). De nadruk van deze theorie lijkt niet te liggen op de sociale invloed op het gedrag gezien vanuit een maatschappelijke context. Met maatschappelijke context worden hierbij de overtuigingen of veranderingen bedoeld die zich in de maatschappij afspeelen wat invloed kan hebben op het vraaggedrag. De TPB geeft namelijk niet specifiek weer waar de achterliggende overtuigingen (beliefs) vanuit de subjectieve norm, attitude ten aanzien van het gedrag en waargenomen gedragscontrole vandaan komen (Ajzen, 2011). Deze overtuigingen (beliefs) worden binnen de TPB alleen door mogelijke achtergrondfactoren, zoals leeftijd, geslacht en inkomen et cetera gevormd (Ajzen, 2011), maar hierbij wordt bijvoorbeeld niet gekeken naar wat zich in de maatschappij afspeelt wat die overtuigingen (beliefs) zou kunnen vormen. Als voorbeeld: de verschuiving van de verhoudingen tussen arts en patiënt door de jaren heen lijkt ervoor te zorgen dat patiënten anders tegen het stellen van vragen aankijken. Voor dit onderzoek was het juist van belang om die achterliggende gedachten mee te nemen om te weten te komen wat de verwachtingen vanuit de maatschappij en overheid waren en in welke mate patiënten dit meenamen bij hun vraaggedrag tijdens een medisch consult.

### **6.3. Sterke punten en kanttekeningen van het onderzoek**

Dit onderzoek kent zowel sterke punten als kanttekeningen. Bij kwalitatief onderzoek speelt de onderzoeker een grote rol bij de betrouwbaarheid van het onderzoek (Willems & Van Zwieten, 2004). De onderzoeker is namelijk langere tijd in contact met de patiënten, doordat de onderzoeker vragen aan de patiënten moet stellen om data te verzamelen. De rol van de onderzoeker kan niet uitgeschakeld worden maar moet daarom



zo goed mogelijk in beeld worden gebracht om het onderzoek op kwaliteit te kunnen beoordelen. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen was het van belang om de invloed van de onderzoeker te minimaliseren (Willems & Van Zwieten, 2004). Een sterk punt van dit onderzoek is dat alle stappen in dit onderzoek zijn opgeschreven en beargumenteerd aan de hand van de kwalitatieve onderzoeksproces van Hennink, Hutter en Bailey (2011). Door het in detail opschrijven van de rol van de onderzoeker is de kans op mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten verminderd (Willems & Van Zwieten, 2004).

Daarnaast is voor de betrouwbaarheid gewaakt door meerdere personen binnen dit onderzoek te betrekken bij het opstellen het interviewschema en het analyseren van de transcripten. Zo hebben verschillende personen met ervaring op het gebied van (kwalitatief) onderzoek hun feedback gegeven op het interviewschema om te waarborgen dat met de gespreksonderwerpen de deelvragen zouden kunnen worden beantwoord. Zoals eerder vermeld is dit niet volledig gelukt bij het beantwoorden van de deelvragen over de verwachtingen vanuit artsen, maar dit lag aan de onderzoeker en niet aan de opgestelde vragen. Verderop in deze paragraaf wordt ingegaan op de redenen waarom dit aan de onderzoeker lag. Na de dataverzameling heeft een tweede codeur, een masterstudente Sociologie, door middel van het codeboek een deel van de transcripten geanalyseerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was tussen de 75-80 procent wat maakt dat de transcripten voor het grootste deel hetzelfde werden geïnterpreteerd door de eerste en tweede codeur.

Gaandeweg het afnemen van de interviews werd duidelijk dat sommige geworven patiënten naast hun eerste gesprek ook al een onderzoek hadden gehad. Hierdoor is halverwege de dataverzameling de selectie van onderzoeksgroep bijgesteld van patiënten die hun eerste consult hebben gehad naar nieuwe patiënten die hun eerste consult hebben gehad en wellicht ook al een onderzoek hebben gehad. Het komt in kwalitatief onderzoek vaker voor dat de onderzoeksgroep bijgesteld wordt in de loop van het onderzoek (Willems & Van Zwieten, 2004).

Daarnaast werd tijdens het afnemen van de interviews duidelijk dat de patiënten niet veel konden vertellen over hun eerste gesprek bij de Orthopedie, waardoor ook andere ervaringen met artsen bij zowel de Orthopedie als andere afdelingen verteld werden. De interviews werden gehouden tussen het eerste gesprek dat de patiënt had en eventuele vervolggesprekken met de arts. Echter, tijdens de eerste interviews werd duidelijk dat de geworven patiënten weinig te vertellen hadden over hun vraaggedrag bij het gesprek met de orthopeed, omdat de orthopeed eerst de uitslag van het vervolgonderzoek (bijvoorbeeld MRI of röntgenfoto) wilde afwachten voordat duidelijk werd wat de klachten van de patiënt veroorzaakten.

Het vragen naar andere ervaringen heeft er namelijk voor gezorgd dat het inzicht in het stellen van vragen vergroot werd naar meerdere afdelingen, waardoor spontaan meer informatie werd verkregen. Er kunnen op basis van de interviews geen uitspraken worden gedaan die erop wijzen dat patiënten ander soort vragen stelden bij de afdeling Orthopedie als bij andere afdelingen. Patiënten vertelden over ervaringen met artsen van verschillende poliklinieken, zoals de Gynaecologie, Cardiologie en het Transplantatiecentrum. Als voorbeeld: een patiënt begon zelf over haar gesprekken bij de Gynaecologie en gaf aan dat zij het geen probleem vond om de gynaecoloog vragen te stellen, omdat artsen ervoor zijn om vragen te beantwoorden. Tijdens het interview werd duidelijk dat ze het moeilijk vond om over haar aandoening te praten. Om die reden is heeft de onderzoeker niet in details doorgevraagd over de gesprekken met de arts bij de afdeling Gynaecologie. Het antwoorden op de vragen over het vraaggedrag van patiënten bij de orthopeed zouden mogelijk ook kunnen gelden bij artsen van andere afdelingen.

Ook is bij een interview gesproken met de echtgenote van een patiënt en was bij een ander interview de echtgenoot aanwezig. Deze personen behoren officieel niet tot de onderzoeksdoelgroep, maar voorafgaand aan het interview was niet duidelijk dat deze personen bij het interview aanwezig zouden zijn. Door te spreken met echtgenoten (mensen uit de sociale omgeving van de patiënt) hebben deze interviews spontaan informatie opgeleverd hoe de sociale omgeving zelf tegen het stellen van vragen aankijkt en in hoeverre zij hun echtgenoot al dan niet aansporen of beïnvloeden om al dan niet vragen te stellen aan de arts. Dit kan daarom als een positief punt worden gezien.

Naast sterke punten zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek met betrekking tot de validiteit. Allereerst was het moeilijk om met patiënten in gesprek te gaan over maatschappelijke verwachtingen, omdat er geen voorbeelden uit de literatuur bestonden hoe de maatschappelijke verwachtingen rondom vraaggedrag het best uitgevraagd kon worden. Daarnaast hadden patiënten niet veel te vertellen over de maatschappelijke verwachtingen, wat kan komen omdat ze er gewoonweg niet door beïnvloed worden of hier niet bewust van zijn. Het gevolg is dat uit dit onderzoek niet expliciet naar voren is gekomen hoe de maatschappelijke verwachtingen een verband hebben met het vraaggedrag van patiënten. Ook zijn de verwachtingen vanuit de arts door de onderzoeker niet goed uitgevraagd, waardoor deze deelvraag niet beantwoord kon worden. Achteraf kon dieper ingegaan worden op wat patiënten dachten wat

de arts van hen verwachtte voorafgaand aan en tijdens een medisch consult. Een compleet beeld over de sociale verwachtingen kan daarom niet gemaakt worden, terwijl dit wel als doel opgesteld was.

Hierbij moet opgemerkt worden dat de interviews door een onervaren interviewer zijn uitgevoerd. Zo zijn in plaats van open vragen ook gesloten vragen gesteld en op sommige onderwerpen niet doorgevraagd waar dit wel zou kunnen. Als voorbeeld: toen gevraagd werd naar wat patiënten dachten dat de arts van hen verwacht tijdens een consult, zou daarbij gevraagd kunnen worden waarom ze dit dachten, hoe zij dachten dat artsen aankijken tegen patiënten die veel vragen stellen/mondig zijn en in hoeverre ze van tevoren dachten aan de reactie van de arts op hun vragen. Door hier niet veelvuldig op in te gaan, is bepaalde informatie niet verkregen.

Ook kunnen vragen gesteld zijn die niet duidelijk waren voor de patiënten. Voor sommige patiënten bleek de betekenis van het begrip 'voorbereiding' niet altijd even duidelijk tijdens de interviews. Een pilot-test is voorafgaand aan de interviews gehouden; bij de pilotinterviews werd het begrip 'voorbereiding' begrepen, waardoor hiervoor geen andere term voor gebruikt is. Wanneer gevraagd werd hoe de patiënt zich voorbereidt op een afspraak met de arts werd door enkele patiënten aangegeven geen voorbereidingen te treffen, maar toen gevraagd werd of men vragen had bedacht was het antwoord vaak "Ja". Het lijkt erop dat de gesproken patiënten zich niet bewust zijn wat allemaal onder de noemer voorbereiding valt. Niet alleen de praktische voorbereiding (bijvoorbeeld het regelen van vervoer) maar ook de inhoudelijke voorbereiding (zoals vragen bedenken) hoort onder voorbereiding. Doordat sommige patiënten bepaalde termen anders interpreteerde kan dit ertoe geleid hebben dat vragen andere antwoorden hebben opgeleverd.

#### **6.4. Suggesties voor vervolgonderzoek**

In dit onderzoek is geprobeerd om de invloed van de maatschappelijke verwachtingen bij het vraaggedrag van patiënten te achterhalen, maar dit bleek moeilijk. De maatschappij lijkt verder van de patiënt af te staan dan bijvoorbeeld hun sociale omgeving waar patiënten een beeld bij hebben als over hun sociale omgeving gevraagd wordt. Het praten over vroeger bleek de meeste informatie op te leveren over de maatschappelijke verwachtingen. Een suggestie om maatschappelijke verwachtingen verder te kunnen onderzoeken is om dieper in te gaan op de arts-patiënt gesprekken van vroeger en nu. Door meer te weten te komen over het vraaggedrag in het verleden kan gekeken worden welke veranderingen zich hebben voorgedaan in de maatschappij waardoor het vraaggedrag van patiënten veranderd lijkt te zijn. Ook moet meer onderzoek gedaan worden naar de mogelijke relatie tussen de mate waarin mensen zichzelf verantwoordelijk voelen voor hun eigen gezondheid en hier zelf de regie over willen voeren en hun vraaggedrag tijdens een consult met een arts. Daarbij kan gekeken worden in hoeverre dit verbonden is met de verschuiving van de paternalistische arts-patiënt relatie naar een meer gelijkwaardige relatie.

Het gebruiken van een andere theorie waarbij het sociale en maatschappelijke aspect meer belicht wordt zou misschien het vraaggedrag van patiënten meer kunnen exploreren. Een mogelijke optie kan het Social-Ecological Model van Bronfenbrenner (1994) zijn, waarbij het microsysteem, mesosysteem, ecosysteem, macroniveau en het chronosysteem opgenomen worden bij het ontwikkelen van bepaald menselijk gedrag. Dit model wordt vooral gebruikt bij de ontwikkeling van kinderen, maar wordt ook ingezet bij gedrag van volwassenen (Bronfenbrenner, 1994). Vanuit dit model zou gekeken kunnen worden naar de ontwikkeling van het vraaggedrag van patiënten door de sociale omgeving, de media, de overheid en maatschappij. Aangezien patiënten aangaven dat hun vraaggedrag vroeger anders was kan bekeken worden wat daaraan bijgedragen heeft en wordt er op die manier meer maatschappelijke context toegevoegd aan het onderzoeken van het vraaggedrag van patiënten.

Een andere suggestie is om meer onderzoek te doen naar de verwachtingen vanuit de arts. Het perspectief van de arts kan hierbij onderzocht worden, naast dat van de patiënt. In dit onderzoek is alleen gekeken naar de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen aan een arts, maar niet naar de ervaringen van de arts. De communicatie is enkel vanuit een kant bekeken en in een vervolgonderzoek zou het zinvol zijn om te achterhalen hoe de arts kijkt naar en omgaat met het vraaggedrag van patiënten. Uit dit onderzoek is niet geheel duidelijk geworden wat volgens patiënten de verwachtingen vanuit artsen zijn bij hun vraaggedrag tijdens een medisch consult. Vervolgonderzoek zou hier dieper op in kunnen gaan om te kunnen achterhalen hoe de relatie met de arts meespeelt. Met kwalitatief onderzoek kan meer toegespitst worden op het beeld wat de patiënt van de arts heeft en wat de patiënt denkt dat van hem/haar verwacht wordt.

Vervolgonderzoek zou uitgevoerd kunnen worden bij andere poliklinieken van het ziekenhuis om te kijken of het vraaggedrag van patiënten op andere afdelingen gelijkwaardig is of dat patiënten het stellen van vragen aan een arts anders ervaren. Uit dit onderzoek is niet expliciet naar voren gekomen in hoeverre de ernst van de aandoening invloed heeft op het vraaggedrag van patiënten. Meer onderzoek bij andere

afdelingen of tussen afdelingen zou meer inzicht kunnen geven in het vraaggedrag tussen bepaalde typen aandoeningen en tussen behandeltrajecten. Mensen uit de directe sociale omgeving zouden misschien meer invloed uitoefenen bij het bedenken en stellen van vragen wanneer patiënten een levensbedreigende ziekte hebben. Daarbij moet wel benadrukt worden dat de patiënten op die afdelingen eventueel minder goed over hun aandoening willen of kunnen praten, omdat hun aandoeningen gevoelig kan liggen. De patiënt moet namelijk geen schade ondervinden door het voeren van een onderzoek.

Een laatste suggestie is om de gezondheidsvaardigheden gerelateerd aan het vraaggedrag van patiënten uitgebreider te onderzoeken. Uit dit onderzoek werd niet duidelijk hoe de waargenomen gedragscontrole een rol speelt, omdat niet bekend is wat de gezondheidsvaardigheden zijn van de gesproken patiënten. Hier zou kwantitatief onderzoek een optie zijn om zo te kunnen achterhalen wat de gezondheidsvaardigheden zijn van patiënten en vervolgens hen bevragen (kwalitatief of kwantitatief) over hun vraaggedrag tijdens een medisch consult.



## Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (1998). Models of Human Social Behavior and their Application to Health Psychology. *Psychology and Health*, 13, 735-739.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113-1127.
- Andrews, K.R., Silk, K.S. & Eneli, I.U. (2010). Parents as Health Promoters: A Theory of Planned Behavior Perspective on the Prevention of Childhood Obesity. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15(1), 95-107.
- Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-99.
- Aronson, E. Wilson, T.D. & Akert R.M. (2011). *Sociale psychologie (7de edition)*. Amsterdam: Pearson Education.
- Babbie, E.R. (2013). *The practice of social research*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.  
In Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In Ramachandran, V.S. (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press. Verkregen via: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>. Geraadpleegd op 28 april 2016.
- Brandt, E. (2009). De mondige patiënt bestaat niet. *Medisch Contact*, 64(9), 370-373.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models for human development. In: *International Encyclopedia of Education*, vol. 3(2), 37-43. Oxford: Elsevier.
- Bryant, J. & Zillmann, D. (2002). *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Abingdon: Taylor & Francis.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (2016). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet*. Verkregen via: <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>. Geraadpleegd op 3 juni 2016.
- Cialdini, R.B. & Goldstein, N.J. (2004). Social influence: compliance and conformity. *Annual Review Psychology*, 55, 591-621.
- Clayman, M.L., Roter, D., Wissow, L.S. & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1583-1591.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Dehue, T. (2014) *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research (third edition)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dulmen, A.M. van, Brink-Muinen, A. van den & Bensing, J.M. (2005). Patiënt stelt maar vier vragen per consult. Utrecht: NIVEL 2005. Verkregen via [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl). Geraadpleegd op 27 februari 2017.
- Eggly, S., Penner, L.A., Greene, M., Harper, F.W.K., Ruckdeschel, J.C. & Albrecht, T.L. (2006) Information seeking during 'bad news' oncology interactions: Question asking by patients and their companions. *Social Science and Medicine*, 63, 2974-2985.

- Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, E.F.S., Smith, L. & Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior: A manual for health services researchers*. Centrum for Health Services Research: University of Newcastle.
- Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2012). *Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid. Signalering Ethiek en Gezondheid 2012/2*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Hak, T. (2004) Waarderingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47(11), 205-212.
- Harrington, J., Noble, L.M. & Newman, S.P. (2004). Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 52(1), 7-16.
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: SAGE Publications Ltd.
- Henselmans, I., Heijmans, M., Rademakers, J. & Dulmen, S. van. (2014). Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expectations*, 18, 2375-2366.
- Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. In: R. Sanders & K. Fitch (eds), *Handbook of Language and Social Interaction*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Heritage, J. & Clayman, S. (2010). *Talk in action: Interactions, identities and institutions*. Wiley-Blackwell.
- Hogg, M. & Vaughan, G. (2005). *Social Psychology (4th edition)*. London: Prentice-Hall.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van. & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343(4163), 1-3.
- Jenner, E.A., Watson, P.W.B., Miller, L., Jones, F. & Scott, G.M. (2002). Explaining hand hygiene practice: A extended application of the Theory of Planned Behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 311-326.
- Kooiker, S. & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en Gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. ISBN: 978-90-6960-269-1.
- Koole, T. (2015) The Interaction Tool. *Dutch Journal of Applied Linguistics*, 4(1), 86-100.
- Leeuw, A. de, Valois, P., Ajzen, I. & Schmidt, P. (2015). Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. *Journal of Environmental Psychology*, 42, 128-138.
- Low, L.L., Tong, S.F. & Low, W.Y. (2016). Social Influences of Help-Seeking Behaviour Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28, 17-25.
- Morris, J., Marzano, M., Dandy, N. & O'Brien, L. (2012). *Theories and models of behaviour and behaviour change*. Bristol: Forest Research. Verkregen via: [http://www.forestry.gov.uk/pdf/behaviour\\_review\\_theory.pdf/\\$FILE/behaviour\\_review\\_theory.pdf](http://www.forestry.gov.uk/pdf/behaviour_review_theory.pdf/$FILE/behaviour_review_theory.pdf). Geraadpleegd op 19 april 2016.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Illinois: Glencoe, Ill.: Free Press.
- Patiëntenfederatie Nederland (2016). *Gesprek met uw huisarts*. Verkregen via: <http://www.patiëntenfederatie.nl/themas/gesprek-met-uw-huisarts>. Geraadpleegd op 12 april 2016.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2002). *Gezondheid en Gedrag*. Verkregen via: [http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies\\_-\\_Gezondheid\\_en.pdf](http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Gezondheid_en.pdf). Geraadpleegd op 27 april 2016.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2008). *Vertrouwen in de spreekkamer*. Verkregen via: [http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Publieksversie\\_Goed\\_patientschap.pdf](http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Publieksversie_Goed_patientschap.pdf). Geraadpleegd op 26 april 2016.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2012). *Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid. Signalering Ethiek en Gezondheid 2012/2*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg. ISBN: 978-90-5732-245-7.

- Rademakers, J. (2015). Gezondheidsvaardigheden: waarom doen ze ertoe? *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 93(3), 89-91.
- Rademakers, J. (2016). Patiënt is zo actief nog niet. *Arts en Auto (editie juli/augustus 2016)*, 12-15.
- Rijksinstituut van Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014). *Een gezonder Nederland: Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Verkregen via: [http://www.eengezondernederland.nl/Een\\_gezonder\\_Nederland/Highlights/Kernboodschappen](http://www.eengezondernederland.nl/Een_gezonder_Nederland/Highlights/Kernboodschappen). Geraadpleegd op 26 april 2016.
- Rosenstock, I.M., Strechter, V.J. & Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Roter, D.L. (1977). Patient Participation in de Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance. *Health Education Monographs*, 5(4). 281-315.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. (2006). *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving communication in medical visits (2<sup>nd</sup> ed.)* Westport: Praeger Publishers.
- Ruijsbroek, J.M.H. & Droomers, M. (2008). Sociale omgeving en gezondheid. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Rush, V.L. (2014). *Planned Behavior: Theory, Applications and Perspectives*. New York: Nova Science Publishers.
- Schippers, E.I. & Rijn, M.J. van. (2015). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schulz, P.J. (2014). Social influences of health literacy and patient empowerment. *Patient Education and Counseling*, 94, 2-3.
- Snelders, S. & Meijman, F.J. (2009). *De mondige patiënt. Historische kijk op een mythe*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Snyder, H. & Engström, J. (2016). The antecedents, forms and consequences of patient involvement: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 351-378.
- Street, R.L. & Millay, B. (2001). Analyzing patient participation in medical encounters. *Health Communication*, 13, 61-73.
- Street, R.L., Gordon, H. & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65(3), 586-598.
- Thackeray, R., Crookston, B.T. & West, J.H. (2013). Correlates of Health-Related Social Media Use Among Adults. *Journal of Medical Internet Research*, 15(1), 1-12.
- Thoits, P.A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- Thuisarts.nl (2016). *Zorggebruik bij huisarts gedaald na lancering thuisarts.nl*. Verkregen via: <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/zorggebruik-bij-huisarts-gedaald-na-lancering-thuisartsnl>. Geraadpleegd op 7 februari 2017.
- TNS NIPO (2016). *Onderzoek artsenbezoek: de rol van emotie bij een bezoek aan een arts*. Verkregen via een pdf onderzoeksrapport op [www.zilverenkruis.nl](http://www.zilverenkruis.nl). Geraadpleegd op 12 augustus 2016.
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2015). *Jaardocument: Kengetallen*. Verkregen via: <https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/UMCG/Publicaties/Jaarverslagen/UMCG-Jaardocument-2015.pdf>. Geraadpleegd op 16 mei 2016.
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2016a). *Het UMCG*. Verkregen via: <https://www.umcg.nl/NL/UMCG>. Geraadpleegd op 16 mei 2016.
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2016b). *Specialisme orthopedie*. Verkregen via: [http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/orthopedie/deafdelingorthopedie/specialisme\\_orthopedie/Paginas/default.aspx](http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/orthopedie/deafdelingorthopedie/specialisme_orthopedie/Paginas/default.aspx). Geraadpleegd op 16 mei 2016.

- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2016c). *Orthopedie: feiten en cijfers*. Verkregen via: <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/orthopedie/Deafdelingorthopedie>. Geraadpleegd op 16 mei 2016.
- Veening, E.P., Gans, R.O.B. & Kuks, J.B.M. (2009). *Medische consultvoering. Hoofdlijnen en achtergronden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Willems, D. & Zwieten, M. van. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47(13). 631-635.
- Willems, S., Maesschalck, S. de, Deveugele, M., Derese, A. & Maeseneer, J. de. (2005). Soc-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139-146.
- Zilveren Kruis (2016). *Beter naar de dokter*. Verkregen via: [www.zilverenkruis.nl](http://www.zilverenkruis.nl). Geraadpleegd op 15 juni 2016.



## Bijlagen

### Bijlage 1. Informatiebrief aan de patiënten

Universitair Medisch Centrum Groningen  
Hanzeplein 1  
Postbus 30.001  
9700 RB Groningen

#### Orthopedie

Hoofd Prof.dr. S.K. Bulstra  
Telefoon (050) 361 28 02  
Fax (050) 361 17 37  
E-mail s.k.bulstra@umcg.nl

Aan:



“ Ontwikkeling in beweging ”

Datum:

Betreft: Medewerking aan onderzoek

Geachte heer/mevrouw,

Onlangs heeft u een eerste afspraak gehad op de polikliniek van de afdeling Orthopedie in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Met deze brief willen wij u informeren over een onderzoek dat plaatsvindt in samenwerking met de afdeling Orthopedie. We willen u vragen of u mee wilt werken aan dit onderzoek, omdat we benieuwd zijn naar uw mening en ervaring met het stellen van vragen aan een arts. Voor sommige patiënten kan het lastig zijn om alle vragen die ze in hun hoofd hebben ook daadwerkelijk te stellen aan de arts. Wij willen graag weten hoe het komt dat mensen soms niet al hun vragen stellen die ze wilden stellen aan de arts. Deze brief geeft informatie over het onderzoek zodat u een goede keuze kunt maken om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek.

Mocht u na het lezen van deze informatie nog vragen hebben, dan kunt u deze stellen aan de onderzoeker (contactgegevens staan onder aan de brief).

#### Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is te weten te komen wat patiënten vinden van het stellen van vragen aan een arts en om te kijken waarom sommige patiënten wel al hun vragen stellen en andere patiënten niet. Door dit onderzoek uit te voeren kan meer bekend worden over de redenen waarom patiënten wel of geen vragen stellen. Met uw hulp kunnen we meer te weten komen over dit onderwerp.

Hierdoor kunnen adviezen aan artsen gegeven worden zodat meer patiënten hun vragen stellen bij een bezoek aan een arts. Ook kunnen met de resultaten van het onderzoek methoden ontwikkeld worden om patiënten te helpen bij het stellen van vragen aan de arts.

Prof. dr. S.K. Bulstra  
Prof dr. R.L. Diercks  
Prof. dr. J.D. Visser  
Drs. A.L. Boerboom  
Dr. C. Faber  
Dr. P.C. Jutte  
Dr. P.G.M. Maathuis  
Drs. P. Nieboer  
Drs. J.J.W. Ploegmakers  
Drs. E.J.A. Tijdens –Creusen  
Drs. H.C. van der Veen  
Dr. F.H. Wapstra  
Mw B.P. Boertien MBA  
Dr. M. Stevens

kinderorthopedie, reconstructieve orthopedie knie en enkel  
sport, schouderchirurgie  
kinderorthopedie  
chef de clinique, reumachirurgie, knie, bovenste extremiteit, trauma  
wervelkolom, trauma, heup  
oncologie en infectie, revisie, heup  
kinderorthopedie, ilizarov  
trauma, hand en pols  
oncologie en infectie, revisie, heup, trauma  
knie, voet en enkel, sport  
sport, schouderchirurgie  
wervelkolom, trauma, heup, knie  
manager zorg en bedrijfsvoering  
bewegingswetenschapper, onderzoekscoördinator

**Wat houdt het onderzoek voor u in?**

Het onderzoek bestaat uit een interview waarbij u gevraagd wordt naar uw mening en ervaring met het stellen van vragen aan een arts. U wordt bijvoorbeeld gevraagd wat u vindt van het stellen van vragen aan de arts en of u zelf ervaring heeft met het niet stellen van vragen. Het interview zult u hebben met de onderzoeker op een moment dat het u uitkomt. U kunt daarnaast zelf aangeven waar het interview gehouden wordt, bijvoorbeeld bij u thuis of op de polikliniek. Het interview zal ongeveer 30 tot 45 minuten duren.

Het interview zal worden opgenomen, zodat later de gesproken tekst uitgetypt kan worden. Door het gesprek op te nemen kan ik goed naar u luisteren tijdens het gesprek en wordt er geen informatie gemist. Deze geluidsopname wordt alleen door de onderzoeker beluisterd en wordt na het onderzoek direct vernietigd.

Bij het gebruiken van de onderzoeksgegevens wordt de Wet Bescherming Persoonsgegevens nageleefd. De gegevens die verzameld worden zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem worden verwerkt. Uw naam en persoonlijke gegevens worden niet in de rapportage genoemd.

**Wat gebeurt er als u niet mee wilt doen?**

Het deelnemen aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Als u niet mee wilt doen, hoeft u daarvoor geen reden op te geven. Als u kiest om niet mee te doen, heeft dit geen enkele invloed op uw eventuele verdere behandeling of begeleiding in het ziekenhuis. Ook als u toestemming geeft, kunt u zich altijd bedenken en stoppen met het onderzoek.

**Wilt u nog iets weten?**

Met deze brief hopen wij u voldoende geïnformeerd te hebben over het onderzoek. Uw medewerking wordt bijzonder op prijs gesteld. Binnen een paar dagen zal de onderzoeker u telefonisch benaderen om te vragen of u wilt meewerken of niet. Dan kan ook een afspraak gemaakt worden.

Mocht u nog vragen hebben, kunt u deze altijd stellen. Hiervoor kunt u contact opnemen met Lieke Stokkers, onderzoeker van dit project. Dit kan doordeweeks telefonisch tussen 10.00 uur en 15.00 uur (0646461731) of per e-mail (l.n.stokkers@umcg.nl).

Met vriendelijke groet,

Lieke Stokkers  
Master studente Medische Sociologie

Dr. Martin Stevens  
Onderzoekscoördinator afdeling Orthopedie

## Bijlage 2. Informed consent

### Toestemmingsverklaringsformulier

*Voor het onderzoek 'Ervaringen van patiënten met het stellen van vragen aan de arts'*

---

#### In te vullen door de deelnemer

Er is mij duidelijk verteld waar het onderzoek over gaat. Ik weet dat er geen risico's zitten aan het meedoen aan dit onderzoek. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik mee wilde doen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem en vertrouwelijk blijven en niet aan anderen bekend gemaakt zullen worden.

Ik begrijp dat het interview wordt opgenomen en dat deze geluidsopname alleen gebruikt gaat worden voor dit onderzoek. Ik weet dat deze geluidsopname na het onderzoek direct vernietigd wordt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik weet dat ik op elk moment, zonder reden, mijn deelname aan dit onderzoek kan stoppen.

Naam: .....

Datum: ..... Handtekening: .....

---

#### In te vullen door de onderzoeker

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

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

De deelnemer zal door een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan het onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

## Bijlage 3. Interviewschema

### Handleiding interview

*Wat zijn de ervaringen van patiënten bij het stellen van vragen tijdens een medisch consult en in hoeverre spelen sociale verwachtingen hierbij een rol?*

#### 1.1. Introductie

“Hallo, mijn naam is Lieke Stokkers, ik ben 23 jaar en ik ben deze periode aan het afstuderen voor mijn master Medische Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Tijdens het afstuderen houd ik me bezig met een onderzoek dat gaat over het stellen van vragen van patiënten aan een arts.

Voordat we met het interview starten informeer ik u over het onderzoek en vraag ik u om een toestemmingsverklaring te ondertekenen wanneer u instemt met deelname aan het onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is om te weten te komen wat patiënten vinden van het stellen van vragen aan een arts en te kijken waarom sommige patiënten wel al hun vragen stellen en andere patiënten niet. Door dit onderzoek uit te voeren hopen we inzicht te krijgen in wat voor soort vragen patiënten wel en niet stellen en welke verwachtingen patiënten en artsen op dat vlak van elkaar hebben. Ik heb u gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek, omdat ik geïnteresseerd ben in uw mening en ervaring met het stellen van vragen aan een arts. Ik wil met u graag in gesprek gaan over dit onderwerp.

Alle informatie die u geeft zal vertrouwelijk behandeld worden en anoniem worden verwerkt. De informatie wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt en wordt niet met anderen buiten het onderzoeksteam gedeeld. Uw naam en persoonlijke gegevens worden niet in de rapportage genoemd, waardoor nergens terug te vinden is dat u de informatie gegeven heeft.

Het interview wordt opgenomen zodat later de gesproken tekst uitgetypt kan worden. Door het gesprek op te nemen kan ik goed naar u luisteren tijdens het gesprek en wordt er geen informatie gemist. Deze geluidsopname wordt na het onderzoek vernietigd. Het interview zal ongeveer 45 tot 60 minuten in beslag nemen.

Ook al heeft u aan de telefoon aangegeven dat u wilt deelnemen aan het onderzoek, dit betekent niet dat u er nu niet meer van af kunt zien. Mocht u zich nu, tijdens of na het interview bedenken, dan kunt u dit te allen tijde aangeven en wordt er niets met uw gegevens gedaan. U hoeft daarvoor geen reden op te geven. Stoppen met het onderzoek heeft geen enkele invloed op uw eventuele verdere behandeling of begeleiding in het ziekenhuis.

Heeft u tot nu toe nog vragen over het onderzoek?

Ik heb hier de toestemmingsverklaring (papier overhandigen), waarin de zojuist genoemde informatie in staat. Ik vraag u dit document te lezen en te ondertekenen wanneer u besluit om deel te nemen aan het onderzoek.

Heeft u nog vragen voordat we met het interview beginnen?

Dan zet ik nu de geluidsopname aan en kunnen we beginnen met het interview.”

#### 1.2. Openingsvragen

1. **U bent laatst bij de Orthopedie geweest omdat u klachten heeft, maar ik zou u eerst in bredere zin willen vragen met wie u praat als u zich ziek voelt of klachten heeft?**  
(Probe: familie/vrienden/collega's, waarover, waarom diegene)

2. **Wat vond u ervan dat u werd doorverwezen naar een orthopedisch arts?**  
(Probe: gedachtes, emoties)

#### 1.3. Kernvragen over het voorbereiden van vragen

3. **Op welke manier heeft u zich voorbereid op de afspraak met de orthopedisch arts?**  
(Probe: manier van voorbereiding, definitie, verwachtingen, terugkijkend op voorbereiding)

**Misschien heeft u het radiospotje wel gehoord dat tegenwoordig op de radio is waarbij een zorgverzekeraar tips geeft over hoe mensen zich kunnen voorbereiden op het bezoek aan een arts (Zilveren Kruis, 2016).**

(Probe: mening, verwachtingen anderen)

4. **Kunt u me vertellen of u van te voren nagedacht had over de vragen die u de orthopedisch arts wilde stellen?**  
(Probe: reden, soort vragen, hoeveelheid, wat doen met bedachte vragen)

5. **Kunt u me vertellen hoe u bij deze vragen bent gekomen?**  
(Probe: informatiebron, zelf bedacht/met iemand anders of door iets anders, zoals internet)

Wanneer de participant over een persoon begint te praten:

(Probes: wie, waarover, hoe tot vragen gekomen, belangrijk?, leiden door andere, andere vragen bedacht?)

Wanneer de participant over een andere informatiebron (bijvoorbeeld internet) begint:

(Probes: andere vragen bedacht?, reden)

6. **De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Minister Schippers, geeft aan dat burgers zelf verantwoordelijkheid hebben en de regie moeten nemen over hun eigen gezondheid en zorg (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014). Wat vindt u hiervan?**

**Burgers moeten bijvoorbeeld kunnen meebeslissen over de behandeling en daarnaast meer vragen stellen om die best passende behandeling te kunnen kiezen.**

(Probe: mening patiënt, verwachtingen, actieve of passieve patiënt)

#### 1.4. Kernvragen over het stellen van vragen aan een arts

7. **Hoe vond u het gesprek met de orthopedisch arts gaan?**  
(Probe: gevoelens, gezelschap, relatie arts, antwoord arts, moment van vragen stellen/wie nam initiatief)
8. **Wat vindt u ervan om de arts vragen te stellen?**  
(Probe: gevoelens, mening participant en anderen, gevolgen, taboes)
9. **In hoeverre heeft u tijdens de afspraak uw vragen kunnen stellen die u van tevoren bedacht had om de orthopedisch arts te stellen?**  
(Probe: hoeveelheid wel/niet, soort vraag, achteraf vragen?)
10. **Hoe komt het dat u niet alle vragen heeft gesteld aan de orthopedisch arts?**  
(Probe: welke vragen, waarom deze niet, waar lag dat aan)

#### 1.5. Afronding

11. **U bent bij de Orthopedie geweest, hoe gaat het nu met u?**  
(Probe: klachten, behandelproces)

“Met deze vraag wil ik het interview afronden. We hebben het tijdens dit interview veelvuldig gehad over uw mening en ervaring met het stellen van vragen. Zijn er nog dingen die niet ter sprake zijn gekomen maar waarover u nog wel iets kwijt wilt?”

Ik wil u bedanken voor het interview.

Zou u het interessant vinden om na afronding van dit onderzoek een samenvatting of het gehele document te ontvangen?”

De contactgegevens van de participant worden genoteerd indien interesse is voor de samenvatting of gehele rapportage van het onderzoek.

## Bijlage 4. Codeboek

| Code  | Type code | Beschrijving code   | Voorbeeld  |
|---|-----------|---|--|
| 1. Klachtenperiode  | Inductief | De periode waarin klachten zich voordoen maar de participant er nog niet mee naar de huisarts of arts in het ziekenhuis is geweest. Code gebruiken wanneer het over de duur en ernst van de klachten gaat.  | "Ik liep daar al een poosje mee, maar ik kreeg steeds meer pijn."  |
| 2. Achterhalen van oorzaak /zelfdiagnose                              | Inductief | Het vermoeden en de gedachtegang van de participant <u>voorafgaand</u> aan een gesprek met een arts over de mogelijke oorzaak of diagnose van de ervaren klachten.  | "Het bedenken van deze vragen is eigenlijk een logisch gevolg van hoe je jezelf in je lijf voelt. Je voelt een pijn en gaat bij jezelf na, wat heb ik gedaan vandaag, gisteren of nog langer terug..."   |
| 3. Eerdere ervaringen met dezelfde klachten en/of behandelingen       | Inductief | Wanneer de participant spreekt over eerdere ervaringen met dezelfde klachten en/of behandeling die bepalend kunnen zijn voor de gedachten over de huidige klachten.   | "Operatie, dat heb ik direct gezegd: "Dat hoeft niet." Dus wat hier uitkomt weet ik ook niet, ik weet niet wat ze willen doen."  |
| 4. Praten met anderen over klachten/mogelijke oorzaak en /of diagnose | Deductief | Het praten met anderen over de ervaren klachten en de mogelijke oorzaak/diagnose daarvan. Dit kunnen familieleden, vrienden, collega's, kennissen en professionals zijn.  | "Je praat met mensen erover en gaat zelf na wat je er allemaal van weet.. Ik kom ook geregeld bij de fysiotherapeut en die zei dat het misschien ook ragertjes konden zijn op het bot, maar dat dat ook weer weg zou kunnen gaan. Toen dacht ik: oke, dat kan het misschien ook zijn." |
| 5. Informatiebehoefte hebben/ vragen bedenken om arts te stellen      | Inductief | De redenen waarom de participant behoefte heeft aan informatie en dus vragen bedenkt om de arts te stellen. Hier vallen onder andere het willen weten van de diagnose en bevestiging willen van de arts.  | "Ik had wel een idee wat ik wilde vragen. Ik wou graag weten hoe het er voor stond met mijn knie omdat de klachten nu weer teruggekomen waren."  |
| 6. Informatiebehoefte participant beïnvloed door anderen              | Deductief | 1) Wanneer concreet gezegd wordt dat de participant bepaalde vragen - afkomstig van anderen - stelt of de intentie had om deze te stellen in het gesprek met de arts 2) en als er gesproken wordt over het samen bedenken van vragen. Het gaat om de invloed van anderen.                               | " (...) Bij mijn vriendin is het veel zakelijker. Zij zegt: "Hier moet je ook even aan denken hoor!" Ik zeg: "Oh ja, ja nou dan schrijf ik dat even op". Zij vult mij wel heel erg aan. Als ik iets opschrijf: "Oh, dan moet je dat ook even opschrijven.""                            |
| 7. Informatiebehoefte gevoed door internet/media                      | Inductief | De participant geeft aan informatie voorafgaand aan een doktersbezoek op te zoeken op internet om te achterhalen wat de mogelijke oorzaak kan zijn voor de ervaren klachten. <u>Code niet gebruiken als internet gebruikt wordt om de gegeven informatie van de arts na het gesprek te verhelderen.</u> | "Ik zoek voor klachten ook wel eens op internet. Want daar kun je tegenwoordig ook alles op vinden. Ik ben toen gaan zoeken op internet en kwam op twee sites terecht om meer informatie te weten te komen."   |

|  |           |   |  |
|--|-----------|---|--|
| 8. Deskundige raadplegen (door invloed derden)         | Deductief | Wanneer gesproken wordt over het moment dat een deskundige (huisarts of orthopeed) geraadpleegd wordt omdat de participant zelf niet kan achterhalen wat de klachten veroorzaken en hier de expertise van een arts bij nodig heeft. <u>Eventuele invloed van anderen bij dit besluit meenemen.</u>                    | “Nou dan zit ik nog in een zeurfase als ik het er met mijn kinderen over heb. Zo van: “Gad, ik voel me helemaal niet lekker.” (...) Dan zeggen ze: “Mama, ga naar de huisarts toe.” (...) En op het moment dat ik denk: dit duurt te lang, dan ga ik pas naar de huisarts toe. |
| 9. Zelf de klachten willen oplossen/verlichten         | Inductief | Als de participant praat over manieren om zelf de klachten te verminderen. Dus zonder medisch advies van een arts.  | “Ik ga zelf ook een beetje uitdokteren he. Zaterdag heb ik een compressiesok gekocht en dat loopt alweer beter. Ja, misschien zit het ook wel tussen de oren, dat weet ik niet hoor, maar dat loopt alweer iets beter bij mij. Die pijn ben ik kwijt.”                         |
| 10. Kenmerk/eigenschap                                 | Deductief | De kenmerken of eigenschappen van een participant. <u>Emoties worden ook onder deze code gerekend.</u>  | “Ik vraag eigenlijk nooit wat.”  |
| 11. Attitude ten aanzien van het bezoeken van een arts | Inductief | Als de participant het heeft over hoe hij/zij aankijkt tegen het bezoeken van een arts (huisarts/ziekenhuisbezoek) en <u>eventuele hulp om je daarop goed voor te bereiden.</u>   | “Ik vond het niet nodig eigenlijk. Ik vond mijn huisarts te voorzichtig en ik vond het eigenlijk een beetje gênant om naar de orthopeed te gaan met zo’n schouder.”  |
| 12. Praktische voorbereiding                           | Deductief | Wanneer de participant aangeeft zich voor te bereiden voor een consult in de zin van weten waar en hoe laat de participant zich moet melden en daarvoor de juiste documenten (ziekenhuispasje etc.) meeneemt. <u>Deze code ook gebruiken als het gaat over het opstellen van vragen voor de arts (vragenlijstje).</u> | “Ja, wat is voorbereiden? Je bereidt je voor dat je naar het ziekenhuis gaat en dan zie je wel. (...)” Of “Thuis maak ik het lijstje ja. Iedere dag een stukje erbij van dit punt komt erbij, dat punt komt er nog bij.”   |
| 13. Geenvoorbereiding/afwachtende houding              | Deductief | Als de participant aangeeft zich niet voor te bereiden voor een consult, geen vragen heeft bedacht en een afwachtende houding heeft.  | “Nee, ik ben wat dat betreft heel gemakkelijk. Ik laat het gewoon op me afkomen. Ik ga me echt niet druk maken. (...) Ja, ik denk dat het komt omdat je al te vaak en te lang naar het ziekenhuis ben geweest. Dat leer je wel.”   |
| 14. Verloop gesprek                                    | Deductief | Wanneer gesproken wordt over hoe het gesprek ging en op welk moment vragen gesteld werden.  | “Ja nou ja. Het was een dialoog tussen ons. Hij vraagt dan in het begin wat de klachten zijn. (...) En dan komt er tijdens mijn verhaal wel een vraag van: “Ik doe dit en dit in de sportschool, is dat goed? (...) Dat komt tussendoor. Daar is geen speciaal moment voor.”   |
| 15. Rol van derden (tijdens gesprek)                   | Deductief | Als de participant vertelt welke rol anderen gespeeld hebben, bijvoorbeeld tijdens het gesprek met de arts. Was iemand mee naar het gesprek, wie dan en wat was de reden daarvoor.  | “Nee, nee daar bemoeit ze zich niet mee. Ik doe dit meestal allemaal zelf. Ze gaat wel eens mee en dan stelt zij wel eens vragen: “Hoe gaan we dit, hoe gaan we dat, hoe gaan we zo.” Dat doet zij wel.”   |
| 16. Mening vragen stellen/ taboes                      | Deductief | Als de participant aangeeft wat hij/zij vindt van het al dan niet vragen stellen aan de arts en of er taboes zijn.  | “Ik ben niet bang om vragen te stellen hoor. Nee. Ik durf best wel vragen te stellen.”   |
| 17. Spontane informatie krijgen                        | Inductief | Dat de participant aangeeft geen vragen te hebben omdat de vragen al door de arts beantwoord werden tijdens het gesprek door middel van spontane informatie die de arts geeft.  | “(…) Maar ik had geen vragen meer want het was zo duidelijk zoals 2 X 2 4 was.”  |

|   |           |   |  |
|---|-----------|---|--|
| 18. Verheldering willen ten aanzien van gegeven informatie van arts | Inductief | Als de participant vraagt om meer uitleg over een onderwerp omdat het niet begrepen wordt. <u>Code ook gebruiken als men na het gesprek nog op internet gaat zoeken voor verheldering van de door de arts gegeven informatie.</u> | “Nee ik heb weinig gevraagd. Ik zei: “Nou ja, waar zit die ontsteking dan?” Kijkend op de monitor. Nou klein vlekje, nou oke.”   |
| 19. Aanvullende vragen stellen aan arts                             | Inductief | Als de participant andere vragen heeft die misschien niet aan de orde zijn gekomen door de arts omdat deze betrekking hebben op bijvoorbeeld het dagelijks leven van de participant.  | “Nou vragen als.. “Kan ik mijn werk als ____ nog volledig uitvoeren?” “Kan ik blijven dansen?””  |
| 20. (Niet) alle vragen stellen                                      | Deductief | Als de participant het heeft over het stellen van alle vragen of dat bepaalde vragen niet gesteld zijn. Gebruiken als vertelt wordt wat vervolgens gedaan wordt met deze niet gestelde vragen.                                    | “Dat ik dan dacht: oh dat had ik willen vragen, maar ben het vergeten. En dan denk ik: had ik het nou maar opgeschreven.”  |
| 21. Initiatief vragen stellen                                       | Inductief | Bij wie ligt het initiatief om informatie te geven en vragen te stellen? Bij de arts of bij de patiënt.   | “In eerste instantie vind ik bij de patiënt. Maar als die niks vraagt dan vind ik het wel prettig als zo’n arts nog even zegt van: “Was het duidelijk, heb je nog wat vragen?””  |
| 22. Shared decision making  | Inductief | Als gesproken wordt over het willen en kunnen meebeslissen in een behandeling. Reden waarom dit wel of niet kan.  | “Nee. Ja, je hebt weinig kennis van medische zaken om te zeggen: “Daar ga ik in meebeslissen”, maar als ze aandragen: “We kunnen dit doen óf we gaan dat doen, dit is het voordeel van dit, dit is het nadeel van dat.” Ja dan vind ik dat een hele goede zaak en zou ik daarin meebeslissen.” |
| 23. Eigen verantwoordelijkheid                                      | Inductief | Wanneer de participant praat over zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid.  | “Je bent medeverantwoordelijk voor je gezondheid. Als je sport doe je ook mee voor je gezondheid.”   |
| 24. Verantwoordelijkheid van de arts                                | Inductief | Als de participant praat over wat hij/zij verwacht van de arts en wat de verantwoordelijkheden van de arts zijn, zoals duidelijk informatie geven over de oorzaak en behandeling.   | “In ieder geval dat ze me kunnen helpen en dat ik van die pijn afkom. Ja dat verwacht je toch wel.”  |
| 25. Vertrouwen in arts  | Inductief | Wanneer de participant aangeeft de arts te vertrouwen.  | “Het vertrouwen in de arts is wel groot. Je moet wel in diegene vertrouwen want als je dat niet doet hoeft je er ook niet heen te gaan.”   |
| 26. Mening over houding arts  | Inductief | De mening van de participant over de houding van de gesproken arts. Of de participant zich bijvoorbeeld op zijn/haar gemak voelde bij de arts.  | “Kijk die arts die ken ik niet, maar hij kwam heel aardig over. Het was een jonge arts.”   |
| 27. Arts-patiënt relatie  | Deductief | De arts-patiënt relatie hoe deze tegenwoordig is en hoe deze vroeger was met daarbij de onderwerpen als autoriteit, mondigheid en communicatie  | “(…) Want bij het gebruik van medicijn, dat je op den duur vraagt van: “Kan dat ook anders?” Kijk, vroeger zou je dat nooit gevraagd hebben aan een dokter. Laat maar zeggen, als ik terugkijk naar onze tijd, dan deed je dat helemaal niet...”   |
| 28. Maatschappelijke veranderingen                                  | Inductief | Als het gaat over veranderingen in medische technologie, opleidingen, ziekenhuisomgeving et cetera.   | “Nou ik was stomverbaasd dat er weer zo’n jonge dokter zat. Ik tref de laatste tijd, nou ja, de laatste zes weken, zoveel jonge doctoren aan mijn bed. (...)”  |