

De interactionele werking van verbalisering in het medisch consult

Vergelijkende conversatieanalytische studie naar interactionele adaptiviteiten van ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding

Margot Jager



Huisartsenopleiding, UMCG
Communicatie- en Informatiewetenschappen, RUG

Groningen, 19 mei 2010

De interactionele werking van verbaliseringen in het medisch consult

Vergelijkende conversatieanalytische studie naar interactionele adaptiviteit van ervaren huisarts en huisartsen in opleiding

Groningen, 19 mei 2010

Auteur
Studentnummer

Margot Jager
s1395785

Afstudeerscriptie in het kader van

Communicatie- en Informatiewetenschappen
Faculteit der Letteren, RUG

Oprichtgever

dr. J. Schuling
Huisartsenopleiding, sector F, UMCG

Begeleiders

dr. J. Berenst en dr. J.F. van Kruiningen
Faculteit der Letteren, RUG

ISBN 978-90-8827-079-6

NUR 810 Communicatiekunde algemeen

Trefw huisarts-patiëntcommunicatie, verbaliseren, formuleringen, interactieve adaptiviteit, expert vs. novice

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2010 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.

Voorwoord

Toen ik in april 2009 begon aan het schrijven van deze scriptie had ik niet kunnen vermoeden dat dit project mijn leven een jaar lang in zo'n belangrijke mate zou gaan bepalen. Hoewel ik al snel wist vanuit welke invalshoek ik van plan was te gaan werken, volgde er eerst een zomer waarin het transcriberen van het videomateriaal mijn dagen vulde. Hoewel menig communicatiestudent deze bezigheid ziet als een noodzakelijk kwaad, werkt het voor mij in zekere zin ontspannend. Bovendien zorgde het ervoor dat ik, nog voordat ik aan de daadwerkelijke analyse begon, goed inzicht had in mijn onderzoekscorpus. In alle eerlijkheid moet ik wel bekennen dat ik blij was toen dit werk erop zat en ik 'echt' aan de slag kon gaan. Hier kwam ik alweer snel op terug toen ik eenmaal begonnen was aan de analyse. Het traject van schrijven, bespreken, kritisch bekijken, afkeuren en opnieuw beginnen heb ik meer dan eens doorlopen. Dat dit voor een groot deel te maken had met het feit dat ik (te)veel andere dingen te doen had naast het schrijven van mijn scriptie, werd me snel duidelijk. Toch was het voor mij geen optie hier iets aan te veranderen, dus probeerde ik mezelf elke keer weer te herpakken en met een positieve instelling verder te gaan. Dit was mij niet gelukt zonder de steun van familie en vrienden. Papa, mama, Tineke en Rick, fijn dat ik alles even kon vergeten als ik bij jullie was. Juist het er niet over hebben, kan soms heel fijn zijn. Kyra, zoals altijd was je ook dit jaar weer degene die er altijd was met een luisterend oor en wanneer nodig een nuchtere, relativerende opmerking. Rimke, met jou kon ik altijd mijn inhoudelijke worstelingen bespreken tijdens menig sportuurtje en koffiepauze. En natuurlijk Sander die niets dan begrip heeft getoond als ik weer eens tot in de late uurtjes achter mijn laptop verscholen zat, maar ook klaarstond met een glas wijn en opbeurende woorden als ik het even niet meer zag zitten. Uiteindelijk kwam eind 2009 het omslag-

punt. Ineens had ik door hoe ik mijn analyses aan moest pakken en kreeg het ene na het andere hoofdstuk vorm. Ik wil mijn scriptiebegeleider Jan Berenst heel erg bedanken voor het geduld dat hij heeft opgebracht en de tijd die hij heeft genomen om soms op zeer regelmatige basis mijn stukken te lezen, van feedback te voorzien en inhoudelijk met mij te bespreken. Meer dan eens hebben deze besprekingen mij gemotiveerd en geïnspireerd om toch nog eens kritisch naar mijn werk te kijken, het waar nodig aan te passen en vervolgens weer verder te gaan. Ik had nooit gedacht dat ik juist door het schrijven van mijn Masterscriptie nog zoveel bij zou leren. Ook wil ik hier graag nog Jacqueline en Henrike noemen, die altijd geïnteresseerd waren in mijn voortgang. Tot slot bedank ik natuurlijk Jan Schuling en Jan Pols van het Universitair Medisch Centrum Groningen voor hun vertrouwen in, geduld met en interesse voor dit onderzoek. Beiden boden mij een podium om mijn voortgang en ideeën te delen met anderen. Vooral de presentatie voor huisartsen en huisartsen in opleiding gaf mij nieuwe inzichten, motivatie en inspiratie om verder te gaan. Ik hoop dat het resultaat tegemoetkomt aan ieders verwachtingen.

Margot Jager
Groningen, 19 mei 2010

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
2 LITERATUURBESPREKING	5
2.1 HUISARTS-PATIËNTCOMMUNICATIE.....	5
2.1.1 Institutionele setting.....	5
2.1.2 Het huisartsenconsult.....	6
2.1.3 Interactionele identiteiten en machtsverhoudingen	7
2.2 ORIËNTATIE OP DE PATIËNT.....	9
2.3 VERBALISERINGEN.....	10
2.3.1 (Gedeeltelijke) letterlijke herhaling.....	11
2.3.2 Formulations.....	11
2.4 EXPERT VERSUS NOVICE.....	15
2.5 SAMENVATTING	16
3. METHODOLOGIE.....	19
3.1 ONDERZOEKSVRAGEN	19
3.2 ONDERZOEKSGROEP EN ONDERZOEKSMATERIAAL	20
3.3 ONDERZOEKS- EN ANALYSEPROCEDURE.....	21
3.4 ANALYTISCH INSTRUMENTARIUM	21
4 ANALYSE	23
4.1 POSITIONERING	23
4.1.1 Bevestigend tweede paardeel.....	23
4.1.2 Verbalisering functioneert als derdepositieafsluiter	25
4.1.3 Verbalisering functioneert als continuer.....	26
4.1.4 Non-minimale postexpansie: formulation in het eerste paardeel	27
4.1.5 Gesprekstructurerende verbaliseringen	32
4.2 LOKALE COMMUNICATIEVE FUNCTIES	35
4.2.1 Letterlijke herhalingen en herformuleringen als instemmingsclaim.....	35
4.2.2 Formulations.....	36
5 VERGELIJKING	45
5.1 HET GEBRUIK VAN VERBALISERINGEN	45
5.2 REGISTRERENDE VERBALISERINGEN	47

5.3 <i>FORMULATIONS</i>	48
5.4 GEPSREKSTRUCTURERENDE VERBALISERINGEN.....	52
5.5 TOT SLOT.....	53
6 CONCLUSIES EN DISCUSSIE	55
6.1 VERBALISERINGEN DOOR HUISARTSEN IN HET MEDISCH CONSULT	55
6.1.1 Positionering en communicatieve functies.....	55
6.1.2 Vormgeving en communicatieve functies.....	56
6.2 ERVAREN HUISARTSEN VERSUS HUISARTSEN IN OPLEIDING.....	58
6.3 DISCUSSIE	59
7 LITERATUUR	63

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de interactie tussen huisartsen en patiënten. Vanuit de praktijk van de huisartsenopleiding van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is de vraag ontstaan om een vergelijkend onderzoek te doen naar het interactionele aanpassingsvermogen van ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds. Omdat het niet mogelijk is binnen het kader van dit onderzoek alle interactionele fenomenen die van invloed zijn op dit aanpassingsvermogen in kaart te brengen, is ervoor gekozen te focussen op de zogenoemde verbaliseringen. Dit zijn uitingen van een tweede spreker (in dit geval de arts), waarin (een deel van) de voorgaande uiting(en) van de eerste spreker (in dit geval de patiënt) word(t)(en) herhaald of geherformuleerd. De hoofdvraag waarop een antwoord wordt gezocht is: *in hoeverre gebruiken ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds (bepaalde typen) verbaliseringen om interactionele adaptiviteit ten opzichte van de patiënt te construeren?*

Om antwoord te krijgen op deze hoofdvraag is gebruik gemaakt van de kwalitatieve methode conversatie-analyse waarbij het onderzoeksmateriaal bestaat uit transcripten van audio(visuele) opnamen van interactie. In dit geval zijn transcripten gemaakt van negen consulten van ervaren huisartsen en negen consulten van huisartsen in opleiding. Hierin is niet alleen de letterlijke interactie tussen de sprekers te zien, maar zijn ook nuances zoals overlap, pauzes en tot op zekere hoogte intonatie en prosodie opgenomen.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn er twee analyses uitgevoerd. Het eerste deel van dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van het interactionele fenomeen verbaliseringen in het medisch consult in de spreekkamer van de huisarts. Het blijkt dat verbaliseringen variëren van letterlijke herhalingen tot complete herformuleringen (*formulations*). Ze functione-

ren om informatie vast te leggen, te verifiëren of verder uit te werken. In het tweede deel van dit onderzoek is een vergelijkende analyse uitgevoerd van het gebruik van verbaliseringen door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds. Ervaren huisartsen blijken verbaliseringen, in de vorm van een *formulation*-beslissingspaar, relatief vaak te gebruiken om informatie direct verder uit te werken. Ze nemen de informatie die de patiënt geeft als uitgangspunt voor verdere uitwerking. Hiermee laten ze hun interactionele oriëntatie op de patiënt zien. Huisartsen in opleiding lijken meer georiënteerd te zijn op de structuur van het gesprek en passen zich interactieel minder dan ervaren huisartsen aan de patiënt aan.

In vervolgonderzoek kan onderhavig onderzoek herhaald worden bij dezelfde huisartsen in opleiding om zo de ontwikkeling op het gebied van interactieel adaptief gedrag in kaart te brengen. Ook kan vervolgonderzoek zich focussen op andere interactionele fenomenen die van invloed zijn op het interactionele aanpassingsvermogen van huisartsen.

1 Inleiding

Arts-patiëntcommunicatie is al decennia lang onderwerp van conversatieanalytisch onderzoek. Met name gesprekken in de spreekkamer van de huisarts zijn daarbij van verschillende kanten belicht. De institutionele setting van het medisch consult en het specifieke doel ervan, maken deze vorm van interactie, in vergelijking met alledaagse communicatie, bijzonder en de moeite van het onderzoeken waard. Daarbij kan conversatie-analytisch onderzoek een bijdrage leveren aan de praktijk. Vanuit de medische praktijk is er behoefte aan duidelijkheid over en inzicht in de communicatie tussen artsen en patiënten. Een beter inzicht kan uiteindelijk leiden tot verbetering en optimalisering van deze gesprekken, in elk geval vanuit de huisartsen.

Ook dit onderzoek neemt de interactie tussen huisarts en patiënt in de spreekkamer als onderzoeksobject. Een groot verschil met andere onderzoeken op dit gebied is dat het zich niet uitsluitend richt op het beschrijven van interactionele fenomenen, maar ook een vergelijkend component bevat. Vanuit de praktijk blijkt behoefte te zijn aan een vergelijking tussen arts-patiëntcommunicatie van ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds. Consulten van huisartsen in opleiding verlopen nog lang niet altijd soepel en lijken niet altijd goed afgestemd te zijn op de individuele patiënt. Waar dit precies aan ligt is onduidelijk. Met dit onderzoek zal getracht worden deze onduidelijkheid enigszins weg te nemen.

Om een beeld te krijgen van de communicatie tussen huisartsen en patiënten is begonnen met het aanleggen van een corpus van onderzoeksdata bestaande uit consulten van zowel ervaren huisartsen als van huisartsen in opleiding. Bij een eerste bestudering van deze data is nog geen bewust onderscheid gemaakt tussen de ervaren huisartsen (experts) en de huisartsen in opleiding (novices). Het eerste doel is erachter te komen welke interactionele middelen gebruikt worden om een consult soepel te laten verlopen en de communicatie aan te passen aan de patiënt. Daarbij gaat het om oriëntatie op elkaar en recht-doen aan de ander binnen de specifieke institutionele setting,

het medisch consult, waarin de gespreksdeelnemers zich bevinden.

Bij eerste observatie van de data viel op dat artsen veel gebruik maken van herhalingen van uitingen van patiënten. Bij nadere bestudering bleek dat deze herhalingen lang niet altijd een letterlijke weergave zijn van wat de patiënt heeft gezegd. Toch lijkt het een belangrijk middel waarmee artsen hun interactionele oriëntatie op de patiënt manifesteren en daarmee een interessant onderzoeksobject wanneer je wilt weten hoe artsen zich interactioneel aanpassen aan hun patiënten. In de conversatie-analytische literatuur worden dit soort fenomenen beschreven als herhalingen, herformuleringen of *formulations*. Deze begrippen hebben geen eenduidige definitie en worden nogal eens door elkaar gebruikt. Omdat dit onderzoek zich wil richten op alle uitingen van artsen, die op de een of andere manier informatie die de patiënt eerder heeft gegeven herhalen of herformuleren, is in navolging van Van Kruiningen (2010) gekozen voor de overkoepelende term verbalisering. Wel nemen *formulations*, zoals beschreven door Harvey en Sacks (1970) en nader uitgewerkt door Heritage en Watson (1979), hierbij een belangrijke plek in. Heritage en Watson beschrijven *formulations* als interactionele middelen waarmee interpretaties van uitingen van gesprekspartners worden getoond en gecontroleerd. Discrepanties kunnen zo worden gevonden en gecorrigeerd.

In voorbeeld 1 is een *formulation* van een huisarts te zien, die in deze vorm en met deze functie vaak is gevonden in de onderzoeksdata. De patiënt komt bij de huisarts met de klacht dat de huid rond haar ogen al heel lang geïrriteerd is. De arts neemt al snel het initiatief in de fase van de klachtpresentatie en gaat over tot anamnese-onderzoek. Hier start het fragment in voorbeeld 1.

Voorbeeld 1

Huisarts A – Consult 4

Tijd: 0:00:48.3 – 0:01:12.2

39. A: oke (.) gebruikt u make-up?
40. P: nou da heb ik dus al die tijd niet [gedaan
41. A: [niet gedaan.
42. maar dat begon wel met make-up,
43. P: dat weet ik niet ik ben er toen maar mee
opgehouden
44. ik denk ja misschien [is het niet goed
45. A: – [u gebruikte het wel maar u
46. bent er toen mee opgehouden [want u dacht misschien
47. P: [ja
48. A: is het wel niet goed
49. P: precies

In de regels 45-8 is de *formulation* van de huisarts te zien. De arts vat de antwoorden van de patiënt op haar vraag samen en legt daarbij verbanden tussen afzonderlijke informatie die de patiënt heeft gegeven. In de regels 47 en 49 is te zien dat de patiënt de *formulation* bevestigt. Eerst met de minimale instemmingsrespons *ja* (r.47) en vervolgens, na afloop van de gehele *formulation*, met het nadrukkelijk instemmende partikel *precies* (r.49). Zo is er gezamenlijk overeenstemming bereikt over specifieke informatie met betrekking tot de klacht van de patiënt en kan doorgedaan worden met het verzamelen van informatie met betrekking tot de klacht of kan overgegaan worden op de volgende fase in het gesprek (onderzoek of diagnose).

Het uitgangspunt van dit onderzoek is de manifestatie van interactionele adaptiviteit van de huisarts ten opzichte van de patiënt. Of en in welke mate ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds dit doen door gebruik te maken van verbaliseringen staat in dit onderzoek centraal. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag:

In hoeverre gebruiken ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds (bepaalde typen) verbaliseringen om interactionele adaptiviteit ten opzichte van de patiënt te construeren?

Om erachter te komen op welke manier huisartsen bepaalde typen verbaliseringen inzetten en of en in hoeverre dit iets te maken heeft met adaptief interactieel gedrag ten opzichte van de patiënt, moet men het gebruik van verbaliseringen eerst in kaart brengen. Het eerste deel van dit onderzoek staat dan

ook in het teken van het beschrijven van de verbaliseringen. Dit doet men op een datagestuurde, kwalitatieve manier waarbij men eerst uit gaat van de sequentiële positionering van de verbaliseringen. Op die manier worden de verschillende typen verbaliseringen met hun specifieke communicatieve functies zichtbaar gemaakt. Vervolgens besteedt men aandacht aan de vormgeving van verbaliseringen (met name *formulations*) en de lokale communicatieve functies die hiermee verband houden. Het tweede deel vergelijkt het gebruik van verbaliseringen door ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding met elkaar.

Bovenstaande overwegingen leiden tot twee deelvragen:

1. *Welke typen verbaliseringen gebruiken huisartsen in interactie met patiënten?*
2. *In hoeverre verschilt het gebruik van verbaliseringen door ervaren huisartsen van dat van huisartsen in opleiding?*

Hoofdstuk twee bespreekt allereerst de relevante literatuur met betrekking tot arts-patiëntcommunicatie, expert versus novice en het gebruik van verbaliseringen in interactie. Het derde hoofdstuk wijdt zich aan de methodologie van het onderzoek. Uitwerking van de onderzoeksvragen, beschrijving van de onderzoeksgroep en het onderzoeksmateriaal en uitleg van de analysemethode. Het gaat bovendien nader in op specifieke conversatieanalytische terminologie in dit onderzoek, om de leesbaarheid en toegankelijkheid, ook voor lezers zonder conversatieanalytische achtergrond, te vergroten. In hoofdstuk 4 is het eerste deel van de analyse opgenomen. U vindt een beschrijving van het gebruik van verschillende typen verbaliseringen in de bestudeerde consulten via fragmenten uit het corpus. In het vijfde hoofdstuk staat de vergelijking van het gebruik van verbaliseringen door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds centraal. Hier vindt u het gelegde verband tussen bepaalde typen verbaliseringen en interactionele adaptiviteit van de arts ten opzichte van de patiënt. Hoofdstuk 6 geeft de conclusies die volgen uit de analyses, waarmee men de deelvragen kan beantwoorden. De discussie geeft een antwoord op de hoofdvraag. Hier vindt u expliciet het verband tussen verbaliseringen en adaptiviteit en de koppeling aan de besproken literatuur. Ten slotte de zoektocht naar mogelijke verklaringen voor de gevonden verschillen en suggesties voor vervolgonderzoek.

2 Literatuurbespreking

In dit hoofdstuk zal de literatuur besproken worden die van belang is voor dit onderzoek. Ten eerste zal ingegaan worden op algemene aspecten van huisarts-patiëntcommunicatie. Er wordt aandacht besteed aan het institutionele karakter van deze interactie, de structuur van het huisartsenconsult, de identiteiten die de participanten construeren en de machtsverhoudingen die daardoor (kunnen) ontstaan. In de tweede paragraaf wordt vervolgens een toelichting gegeven op de aanleiding van dit onderzoek: hoe laten artsen hun oriëntatie op de patiënt zien? Helaas is er (nog) geen literatuur beschikbaar waarin wordt onderzocht in welke opzichten novices hierin verschillen van experts. Wel zal kort ingegaan worden op de verschillen tussen ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding die in de psychologische wetenschapsliteratuur zijn beschreven. Aangezien het onderhavige onderzoek zich richt op het manifesteren van interactionele adaptiviteit door gebruik te maken van (bepaalde typen) verbaliseringsvormen wordt dit fenomeen in de vierde paragraaf van dit hoofdstuk toegelicht vanuit de literatuur. De verschillende verschijningsvormen van dit interactionele fenomeen komen aan de orde, waarbij met name de literatuur rondom *formulations* een belangrijke plek inneemt. Niet alleen zal ingegaan worden op de sequentiële organisatie van *formulations* en de bijdrage hiervan aan topicorganisatie binnen een gesprek als geheel, maar dit hoofdstuk sluit af met een beschrijving van het onderzoek dat tot nu toe is gedaan naar het gebruik van *formulations* binnen verschillende institutionele settings, waaruit blijkt dat de linguïstische vormen en de functies van *formulations* afhankelijk zijn van de specifieke institutionele setting waarin ze worden gebruikt.

2.1 Huisarts-patiëntcommunicatie

Om iets te kunnen zeggen over hoe specifieke interactionele fenomenen functioneren in het huisarts-patiëntgesprek is het eerst van belang meer te weten over de specifieke context

waarbinnen zo'n gesprek plaatsvindt. In deze paragraaf zal de specifieke institutionele setting van het medisch consult worden uitgewerkt waarbij aandacht is voor structuur, interactionele identiteiten en machtsverhoudingen.

2.1.1 Institutionele setting

Het huisarts-patiëntgesprek is een vorm van institutionele communicatie, die zich onderscheidt van alledaagse conversatievoering. Al vanaf het begin is conversatieanalytisch onderzoek gedaan naar institutionele interactie, maar pas laat in de jaren 70 richtte men zich op de specifieke elementen die institutionele communicatie onderscheiden van alledaagse communicatie. Tegenwoordig is het mogelijk om twee vormen van conversatieanalyse te onderscheiden: *basic CA* en *institutional CA* (Heritage, 2005). *Basic CA* specificeert de normatieve structurering en logica van specifieke sociale handelingen en hun organisatie in systemen waardoor participanten beurtwisseling, herstel en andere systematische dimensies van interactionele organisatie organiseren (zie Mazeland, 2003). De tweede vorm van conversatieanalytisch onderzoek, *institutional CA*, bouwt voort op de bevindingen van *basic CA* om de werking van sociale instituties, zoals politie, recht, onderwijs, geneeskunde, massa-media, etc., in communicatie te onderzoeken. Heritage (2005) geeft aan dat bevindingen van *institutional CA*, in vergelijking met bevindingen van *basic CA*, vaak minder permanent zijn:

They are historically contingent and subject to processes of social change under the impact of culture, social ideology, power, economic forces, intellectual innovation, and other factors impacting change in society (105).

Heritage (2005) noemt drie eigenschappen van institutionele conversatieanalyse waarmee het onderscheid met *basic CA* duidelijk wordt:

- De interactie bevat doelen die verbonden zijn aan relevante identiteiten binnen de specifieke interactionele setting waarbinnen de interactie plaatsvindt: bijv. arts vs. patiënt, doelstelling medisch consult: het verhelderen van de klacht

waaruit een voor de arts en patiënt aanvaardbare diagnose en eventuele behandeling van het medisch probleem voortvloeien.

- De interactie bevat speciale begrenzings met betrekking tot wat een toegestane bijdrage is aan datgene waarover op een bepaald moment gesproken wordt: bijv. de verschillende fasen in het medisch consult hebben specifieke subdoelen en daarmee interactionele begrenzings (in de klachtpresentatie kan nog niet worden ingegaan op diagnose; zie Gill & Maynard, 2006).
- Er is sprake van gezamenlijkheid, samen tot iets komen. Zo is de klachtbeschrijving in het medisch consult een verbale actie om uiteindelijk in de diagnosefase tot diagnose te komen.

2.1.2 Het huisartsenconsult

Medische communicatie wordt in de conversatieanalyse op drie niveaus bestudeerd: (1) de algehele structuur van het medisch consult, (2) de sequentiële structuur en (3) het ontwerp van de individuele spreekbeurten die onderdeel zijn van deze sequenties. Heritage (2006) wijst erop dat deze drie niveaus wel aan elkaar gerelateerd zijn: beurtontwerp is een onderdeel van sequentie-organisatie en sequenties zijn samengesteld in bepaalde activiteiten die uiteindelijk het gesprek tot een geheel maken. Sequentie-organisatie is het belangrijkste middel waardoor contextbegrensde uitingen hun betekenis verkrijgen en interactionele identiteiten en rollen (verhaalverteller, nieuwsbrenger, sympathisant) en grotere sociale en institutionele identiteiten (vrouw, grootouder, Latino, arts, patiënt, etc.) worden vastgesteld, behouden en gemanipuleerd (Heritage, 2006: 16). In paragraaf 2.3 komt deze sequentie-organisatie nog uitgebreid aan de orde in relatie tot verbaliserings.

Het eerste grote onderzoek naar huisarts-patiëntcommunicatie werd begin jaren zeventig in Engeland gedaan door Byrne en Long (1976). Daarvoor waren er al wel exploratieve studies gedaan (door Korsch e.a. in 1968 en 1972), maar deze gingen over de interactie tussen kinderartsen en patiënten. Het belang van het onderzoek van Byrne en Long is niet alleen groot omdat dit het eerste was naar huisarts-patiëntcommunicatie, maar ook omdat er in het onderzoek een groot aantal settingspecifieke

analysecategorieën ontwikkeld werd die nu nog steeds een belangrijke bijdrage leveren aan conversatieanalytisch onderzoek naar (huis)arts-patiëntcommunicatie.

Byrne en Long gingen in hun onderzoek op zoek naar tendensen of patronen in het gedrag van huisartsen en probeerden op basis van hun resultaten nieuwe leerdoelen en leermethoden voor huisartsen-in-opleiding te ontwikkelen (Joosten, 1997). Het onderzoek was dan ook ingegeven door de onderwijspraktijk voor aankomende huisartsen. Byrne en Long zagen huisartsengedrag als *causative* en het gedrag van de patiënt als *effective*. Daarmee bedoelen zij dat de huisarts voortdurend initiatief neemt en de patiënt uitsluitend reageert. Initiatief van patiënten is zeldzaam volgens Byrne en Long (1976: 13). Op basis van observaties van 1850 consulten typeren zij een aantal huisartsstijlen. Deze variëren op een schaal van patiënt- naar huisartsgerichtheid en zijn verschillend in twee globale fasen in het consult, namelijk in de diagnostische fase en in de voorschrijvende of adviesfase. Byrne en Long trekken de conclusie dat huisartsen beschikken over een beperkt repertoire van handelingen omdat zij slechts beschikken over twee of drie stijlen. Tijdens een consult kunnen zij overigens wel wisselen van stijl.

Byrne en Long zijn tevens de eersten die hebben gekeken naar de globale, structurele organisatie van huisartsconsulten. Zij delen het consult op in een aantal, idealiter te volgen, fasen op basis van het huisartsengedrag (1976: 21). In Nederland heeft Ten Have (1987: 140) gekeken naar deze fasen. Hij onderscheidt ook zes fasen in huisarts-patiëntgesprekken. Deze komen globaal overeen met de fasen uit het onderzoek van Byrne en Long (zie figuur 1).

Deze vaste structuur doet zich voor wanneer een patiënt binnenkomt met een klacht, niet wanneer het gaat om een controleafspraak. Robinson (2006) noemt drie redenen voor patiënten om een arts te bezoeken met een bepaalde klacht: (1) relatief nieuwe klachten (ook klachten die voor de eerste keer worden gepresenteerd aan een bepaalde arts of voor de eerste keer na eerdere 'genezing'), (2) vervolglachten (klachten die in eerdere consulten al aan de orde zijn geweest en behandeld en die nu vervolgt krijgen in termen van de vorderingen die de patiënt heeft gemaakt) en (3) de routinematige, chronische

klachten (die altijd aanwezig maar onder controle zijn, zoals bloeddruk en diabetes, en die op regelmatige basis worden besproken).

Byrne en Long (1976:21)	Ten Have (1987: 140)
1. the doctor establishes a relationship with the patiënt.	opening
2. the doctor either attempts to discover or actually discovers the reason for the patient's attendance.	klachtbespreking
3. the doctor conducts a verbal or physical examination or both.	nader onderzoek
4. the doctor, or the doctor and the patient, or the patient (in that order of probability) consider the condition.	diagnose
5. the doctor, and occasionally the patient, detail treatment or further investigation.	advies/ behandeling
6. the consultation is terminated usually by the doctor.	afsluiting

Figuur 1 structurele organisatie van het huisarts-patiëntconsult.

2.1.3 Interactionele identiteiten en machtsverhoudingen

Het medisch consult is een vorm van institutionele communicatie die specifieke identiteiten en machtsverhoudingen met zich meebrengt. Zowel Byrne en Long (1976) als Ten Have (1987) komen tot de conclusie dat het de huisarts is die de leiding over de gespreksvoering in handen heeft. Berenst (1986) laat dit zien (zie ook Ten Have, 1987) door bij de verschillende fasen aan te geven of de arts danwel de patiënt de initiatiefnemer is voor de communicatieve activiteiten die er plaatsvinden. Dit ziet er als volgt uit:

	Opening
Patiënt:	Klachtpresentatie
Arts:	Onderzoek (verbaal anamnese-onderzoek + eventueel lichamenlijk onderzoek)
Arts:	Diagnose
Arts:	Advisering
	Afsluiting

Berenst (1986) wijst erop dat het belangrijk is te begrijpen dat deze controle van de arts over het gesprek voortkomt uit strategieën die functioneel passen bij de drie belangrijkste functies van dit type activiteit: het presenteren van het lichamenlijke of psychische probleem, diagnose van het probleem, advisering over de behandeling van het probleem. In de fase van klacht-presentatie is het dus de patiënt die het initiatief neemt, hij of zij brengt het 'conversatiemotief', de klacht of hulpvraag, in het gesprek in. Heritage en Robinson (2006) wijzen er echter wel op dat, hoewel de fase van klachtpresentatie meestal de enige fase is waarin patiënten het recht hebben om hun zorgen op hun eigen manier en in overeenstemming met hun eigen agenda's te uiten, het idee van een monoloog van de patiënt bedrieglijk is. Niet alleen wordt deze fase vaak geïnitieerd en afgesloten door de arts, maar de ontwikkeling van deze fase wordt tevens bepaald door het gedrag van de arts. In de fase van klachtpresentatie bestaat de bijdrage van de arts uit luister-responsen en/of eventuele vragen die het recht van de patiënt om door te gaan met zijn klachtbeschrijving niet beïnvloeden. Artsen worden er tegenwoordig in getraind om patiënten ruimte te geven voor dit initiatief, bijvoorbeeld door slechts te reageren met minimale responsen (bijv. 'ja', 'oh', 'hm', etc.), maar dat gebeurt lang niet altijd. Berenst (1994) laat zien dat artsen klachtbeschrijvingen niet alleen onderbreken met tussenvragen, maar zelfs met hele reeksen tussenvragen, waardoor het initiatief in feite weer bij de arts terugkomt. Een direct effect van deze conversationele handelingswijze is dat de arts het initiatief in handen krijgt en op die manier de klachtpresentatie kan omzetten in een gericht verbaal anamnese-onderzoek.

Heritage en Robinson (2006) kijken in hun onderzoek naar de manieren waarop patiënten de reden van hun komst presenteren. Daarbij zien zij de klachtpresentatie van de patiënt als een co-constructie: een interactiefase waarin omstandigheden herkenbaar als 'klachten' worden gepresenteerd met elementen van overtuiging of desorganisatie (verwarring, verstoring, ont-wrichting), affectieve expressie en een herkenbare structuur en inhoud. Deze fase wordt normaal gesproken beëindigd door de arts die het moment vindt om het initiatief te nemen en begint aan de anamnese. In deze context hebben patiënten een hele-boel keuzes, zowel met betrekking tot de inhoud als de vorm van de klachtpresentatie. Deze keuzes worden volgens Heritage

en Robinson ingegeven door een spanning tussen de beoordeling van de legitimiteit van de reden van het artsbezoek door een leek (de patiënt) en door een professional (de arts). Voordat ze een arts bezoeken moeten patiënten beoordelen of zij een gelegitimeerde klacht hebben (*doctorable concern*), maar deze beoordeling wordt zelf ook weer beoordeeld gedurende het consult. Vanuit de patiënt gezien vindt de manifestatie van deze beoordeling door de arts voor het eerst plaats wanneer zij de eerste vraag in de anamnese stelt (*first history-taking question*), omdat die geïnterpreteerd kan worden als een bekrachtiging dat de klacht van de patiënt door de arts serieus wordt genomen (Heritage en Robinson, 2006: 85).

Gill en Maynard (2006) hebben gekeken hoe autoriteitsverschillen tussen arts en patiënt tot uiting komen wanneer het gaat om het geven van verklaringen voor een klacht. Aanleiding daarvoor is het feit dat patiënten in anamneses vaak hun eigen wereldlijke of volkse verklaringen geven voor hun medische problemen, maar dat artsen deze theorieën van patiënten vaak geroutineerd negeren of afwijzen. Artsen zouden vanwege hun autoriteit patiënten een biomedisch perspectief opleggen. Ze behouden liever een exclusieve focus op alleen die symptomen en ziekteprocessen die binnen het bereik van het medische model liggen, dan daarbij ook de sociale ervaringen van en perspectieven op zijn ziekte van de patiënt te overwegen of te waarderen. Gill en Maynard geven aan dat resultaten uit eerder onderzoek laten zien dat patiënten, wanneer zij hun eigen verklaringen geven, de activiteiten van de arts in het verzamelen van informatie niet verstoren. Wanneer patiënten hun verklaringen presenteren, gaan artsen zich sterk oriënteren op de organisatie van de anamnese fase (waarin informatievergaring voorrang heeft op analyse van de informatie). Hoewel artsen in sommige gevallen de verklaringen van patiënten direct evalueren in de context van informatievergaring, gaan ze over het algemeen gewoon door met het verzamelen van informatie zonder naar buiten toe aan te geven dat ze hebben gehoord dat de patiënt zijn analyse van de klacht in het gesprek inbracht. Ook de patiënt laat vaak een sterke oriëntatie op de structuur van het gesprek zien en brengt deze dan ook niet in gevaar wanneer de arts niet direct een reactie geeft op zijn of haar verklaring. Gill en Maynard karakteriseren de strijd tussen het biomedische perspectief van de arts en de persoonlijke zorgen

van de patiënt dan ook niet als een autoriteitsprobleem, maar in termen van interactionele dilemma's waar artsen en patiënten mee te maken hebben. Ze richten zich in hun analyse op de interactionele strategieën die patiënten gebruiken wanneer zij verklaringen voor hun medische problemen geven en op de methoden die artsen gebruiken om hierop te reageren. Tevens relateren zij deze verklaring-reactiesequenties aan het verloop van de gehele activiteit, zoals de verschillende fasen van het medisch consult. Ze willen antwoord geven op de vraag hoe patiënten hun verklaringen vormgeven en plaatsen in de fase van het medisch consult waarin artsen bezig zijn met informatievergaring met betrekking tot de symptomen van de patiënt. De analyse die Gill en Maynard (2006) hebben uitgevoerd doet vermoeden dat er de potentie van een conflict is, maar dat deze niet voortkomt uit spanningen tussen de positie van artsen binnen de geneeskunde en de parallelle inbedding van patiënten in de 'normale' leefwereld. Het conflict betreft een spanning tussen enerzijds de lokale, sequentiële organisatie van communicatie en anderzijds de oriëntatie op de organisatie van het medisch consult als geheel. Gill en Maynard concluderen dat:

doctors can increase their sensitivity to patients' experiences by being aware of the patients' and doctors' dilemmas, and interactional resolutions thereof, that promote tenuousness and minimalistic talk directed toward patients' own explanations for illness (148).

Artsen zouden dan geen voorbarige diagnoses hoeven stellen, maar kunnen wel aangeven dat ze de verklaring van de patiënt hebben gehoord en deze in overweging zullen nemen. In paragraaf 2.2 zal hier nader op ingegaan worden.

Peräkylä (2006) gaat in op de relatie tussen artsen en patiënten in de diagnosefase van het medisch consult. In de literatuur zijn er twee manieren waarop de relatie tussen arts en patiënt wordt gekarakteriseerd: sommigen benadrukken de autoritaire aspecten van de relatie, anderen beschrijven het als een dialoog tussen twee verschillende maar gelijkwaardige participanten. Peräkylä ziet, ondanks hun schijnbare onverenigbaarheid, een waarheid in beide visies. Hij gaat ervan uit dat de autoriteit van de arts en de kennis over zijn eigen klachten van de patiënt, in het medisch consult zorgen voor een

'*dilemmatic relation*'. Met zijn analyse wil hij aantonen hoe artsen en patiënten zich gelijktijdig oriënteren op de autoriteit van de arts en toch (een bepaalde mate van) gezamenlijkheid construeren in de diagnostische fase. Uit de resultaten van zijn analyse trekt Peräkylä een tweede diagnose: ten eerste refereert hij aan de tegenwoordig populaire visie waarin het centraal stellen van de patiënt ("*patient centeredness*") belangrijk wordt gevonden. Hij onderschrijft deze visie niet. De kennis en ervaring van de patiënt als referentiekader hanteren voor het medisch consult, als een alternatief voor of als gelijkwaardige partner van de expertkennis van de arts, strookt volgens Peräkylä niet met de interactionele realiteit van het medisch consult. De autoriteit van de arts lijkt een gevestigd aspect in de medische interactie. Hij is van mening dat het verwijderen van de autoriteit van de arts tot gevolg zou hebben dat de interactie op geen enkele manier meer medisch zou zijn. Ten tweede wil hij wel benadrukken dat de autoriteit van de arts, de constructie van een oprechte arts-patiëntrelatie niet uitsluit. Uit de diagnostische sequenties die Peräkylä heeft geanalyseerd blijkt dat patiënten regelmatig manieren vinden om de autoriteit van de arts te behouden en toch eigen kennis en ervaringen in te brengen. In de diagnostische sequenties lijken de artsen en patiënten zich te oriënteren op het behoud van het gezamenlijke begrip en de bewijsvoering in plaats van op het betwisten van de autoriteit van de arts. Dit laten zij interactioneel zien door beiden uitingen te produceren en te ontvangen, op manieren die de autoriteit van de arts systematisch staande houden. Peräkylä suggereert dat de autoriteit van de arts zo diep verankerd zit in de details van medische interactie dat het artsen de mogelijkheid geeft hun manieren van redeneren uit te leggen aan de patiënt. Patiënten kunnen op hun beurt eigen ideeën uiten, misschien nog wel meer dan het geval is bij *patient centeredness*, zonder dat zij de autoriteit van de arts in twijfel trekken.

2.2 Oriëntatie op de patiënt

Zoals eerder al genoemd is het onderhavige onderzoek ingegeven door een vraag vanuit de onderwijspraktijk van de huisartsenopleiding van het Universitair Medisch Centrum

Groningen. In de praktijk valt het op dat huisartsen in opleiding ogenschijnlijk veel minder oriëntatie op de patiënt laten zien dan ervaren huisartsen. Het is echter nog onduidelijk hoe zich dat precies in de communicatie uit. Er is dan ook behoefte aan conversatieanalytisch onderzoek waarmee in kaart kan worden gebracht op welke manieren oriëntatie van de arts op de patiënt zich communicatief manifesteert. In paragraaf 2.1 zijn onderzoeken besproken waarin de interactionele verhouding tussen arts en patiënt in verschillende fasen van het medisch consult aan de orde is gekomen (Heritage & Robinson, 2006; Gill & Maynard, 2006; Peräkylä, 2006). Hierbij speelt steeds het dilemma tussen de autoriteit en medische kennis van de arts enerzijds en de kennis van, ervaringen met en zorgen over de klacht die de patiënt heeft anderzijds een belangrijke rol. Zo concluderen Gill & Maynard (2006) dat artsen en patiënten in een conflict kunnen raken met de lokale, sequentiële organisatie van communicatie enerzijds en de organisatie van het medisch consult als geheel anderzijds. Zij laten zien dat artsen vaak de neiging hebben om de inbreng van patiënten die niet past binnen een specifieke fase van het consult te negeren (in dit geval verklaringen voor klachten door patiënten binnen de anamnese fase: centraal staat dan nog informatievergaring, nog niet diagnose). Heritage (2005) noemde dit al als één van de kenmerken van institutionele communicatie: de interactie bevat speciale begrenzingen met betrekking tot wat een toegestane bijdrage is aan datgene waarover op een bepaald moment gesproken wordt. Gill en Maynard stellen echter dat artsen relatief gemakkelijk hun gevoeligheid voor de ervaringen van de patiënt kunnen vergroten (bijv. (1) de arts geeft aan dat de vragen die hij stelt met betrekking tot de symptomen van de patiënt verschillende mogelijke verklaringen onderzoeken, inclusief de verklaring van de patiënt, (2) de arts geeft aan dat hij er later in het consult, tijdens het lichamelijk onderzoek, op terug zal komen). Artsen hoeven dan geen voorbarige diagnoses te stellen, maar kunnen wel aangeven dat ze de verklaring van de patiënt hebben gehoord en deze in overweging zullen nemen. Op die manier laten ze hun oriëntatie op de patiënt zien, maar komt de organisatie van het gesprek als geheel niet in gevaar.

Oriëntatie op de patiënt omvat een breed scala van interactionele fenomenen dat te groot is om binnen het kader van één

onderzoek bloot te leggen. Zoals in de inleiding beschreven, lijken herhalingen en herformuleringen van uitingen van patiënten op het eerste gezicht een goed interactioneel middel voor een arts om te laten zien dat zij heeft gehoord wat de patiënt heeft gezegd en daar eventueel meteen iets mee doet in de voortgaande interactie en zo haar oriëntatie op de patiënt laat zien. Stivers (2005) beschrijft het herformuleren van uitingen van de eerste spreker door de tweede spreker (*modified repeats*) als “*a fundamentally aligning action*” (2005: 143): de eerste spreker projecteert een minimale instemming (*ja*) op zijn of haar stellingname of bewering, maar de tweede spreker geeft een nadrukkelijke bevestiging door middel van een herhaling. Hiermee geeft hij of zij duidelijk aan op één lijn te zitten met de eerste spreker. Stivers (2008) bespreekt *alignment* tussen twee sprekers ook binnen de context van *storytelling*: één spreker vertelt een verhaal, de andere spreker neemt de rol van luisteraar aan. Wanneer deze luisteraar *alignment* laat zien met het verhaal dat verteld wordt, ondersteunt hij of zij de structurele asymmetrie van de activiteit van het vertellen van een verhaal; dat het hier gaat om een lopende actie en dat de vertellende spreker de beurt heeft totdat het verhaal is afgelopen (Stivers, 2008: 34). Deze *aligning* acties worden vaak gedaan met *continuers* of luisterresponsen zoals *mm*, *hm*, *uh huh* en *ja*. Wanneer de patiënt zijn of haar klacht presenteert, komt de activiteit van het vertellen van een verhaal aan de orde in het huisarts-patiëntgesprek. De arts kan dan door middel van luisterresponsen *alignment* laten zien, maar ook, en misschien nog wel meer, door herhalende responsen te geven. Behalve in de hierboven beschreven herhalende responsen kunnen gespreksdeelnemers herhalingen en herformuleringen op verschillende manieren positioneren binnen de lokale sequentie-organisatie van een gesprek en daarmee verschillende functies vervullen. Het gaat dan bijvoorbeeld niet om reacties van artsen in tweede positie, maar juist ook om uitingen na het tweede paardeel van een patiënt, als eerste paardeel van een post-expansie. Dit zijn *formulations* die, als onderdeel van interactie, voor het eerst werden beschreven in 1970 door Garfinkel en Sacks als middel waarmee een spreker aan een ander zijn begrip van de situatie tot nu toe kan aangeven, waarbij hij de ander toestaat hiermee in te stemmen (of niet) om daarna de conversatie op basis daarvan te vervolgen. Garfinkel en Sacks beschrijven *formulations* als “*allowing speakers a public*

display of agreed intersubjectivity” (Antaki, Barnes en Leudar, 2007: 168). Scheff (2006) definieert *intersubjectivity* als “*the sharing of subjective states by two or more individuals*” (41). Wanneer er sprake is van gezamenlijke intersubjectiviteit kennen de participanten elkaars standpunten en ontstaat er gezamenlijk begrip (bijvoorbeeld van de klacht van de patiënt). Van Kruiningen (2010) noemt begrip-tonende verbaliseringsen (met name *formulations*) wellicht de meest indringende methoden waarmee de participanten beurt voor beurt een gezamenlijk perspectief en intersubjectief begrip tot stand brengen.

In de volgende paragraaf zal nader ingegaan worden op de beschikbare conversatieanalytische literatuur met betrekking tot verbaliseringsen.

2.3 Verbaliseringsen

De term verbaliseringsen is geïntroduceerd door Van Kruiningen (2010). Zij gebruikt de term voor een verzameling verwante fenomenen: zo kan een tweede spreker een element uit de voorgaande interactie selecteren en dat element letterlijk herhalen in een instemmingsclaim, of het voorgaande –bij wijze van instemming– in eigen woorden beschrijven en herformuleren. Die herhaling of herformulering kan betrekking hebben op de voorgaande beurt of op een groter gedeelte uit de conversatie. Daarnaast is er vaak sprake van een topicaliserende sequentie-expansie waarin een tweede spreker de kern van het voorgaande, of een element uit het voorgaande, selecteert, herformuleert en zo markeert als een relevant topic voor verdere uitwerking, ter begripsverificatie of ter verdere nuancering of aanvulling (Van Kruiningen, 2010: 177). Dit laatst genoemde type verbalisering is een, door Harvey en Sacks (1970) voor het eerst geïntroduceerde, *formulation*: een uiting waarin een volgende spreker zijn of haar interpretatie levert van de inhoud van de voorgaande beurt, als respons op een vorige beurt, of op een groter gedeelte uit de voorgaande conversatie, en waarmee tegelijkertijd ook weer een respons wordt geprojecteerd. Zo'n *formulation* vormt dan een eerste zet in een sequentie-expansie.

De beschrijving van Van Kruiningen (2010) is tot stand gekomen aan de hand van de analyse van haar data die bestaan uit een gesprek waarin onderwijsadviseurs en docenten overleggen over de didactische en organisatorische invulling van een cursusontwerp binnen een universitaire onderwijssetting. Hoewel het doel, de structuur, de interactionele rollen van de gespreksdeelnemers en de machtsverschillen tussen de participanten binnen deze institutionele setting anders zijn dan binnen het medisch consult, komen in beide settings verbaliseringsvormen voor, zij het mogelijk in een andere vorm en met een andere functie (zie ook paragraaf 2.3.2.4). De term verbalisering wordt in het onderhavige onderzoek, net als bij Van Kruiningen (2010), gebruikt voor een verzameling verwante fenomenen die in de geanalyseerde data is aangetroffen: de arts kan als tweede spreker de voorgaande uiting van de patiënt bevestigen door deze (deels) te herhalen (vergelijkbaar met de instemmingsclaim van Van Kruiningen, 2010), de arts kan de sequentie in derde positie afsluiten door de voorgaande uiting van de patiënt (deels) te herhalen of de arts kan een uiting die eerder in het gesprek door de patiënt is gedaan selecteren en naar eigen interpretatie herformuleren, en zo markeren als relevant topic voor begripsverificatie of verdere uitwerking (*formulation*). In deze paragraaf zullen deze typen nader worden toegelicht.

2.3.1 (Gedeeltelijke) letterlijke herhaling

Letterlijke herhalingen zijn vrijwel nooit volledig identiek aan de vorige beurt. Zo zal er altijd sprake zijn van verschil in prosodie tussen de eerste uiting en de herhaling, en vaak wordt slechts een gedeelte van een vorige beurt letterlijk herhaald. Onder letterlijke herhalingen worden hier die uitingen verstaan waarin dezelfde woorden worden gebruikt. Inhoudelijk verandert de uiting dus niet.

Responsen waarin letterlijk herhaald wordt wat in de voorgaande beurt werd gesteld, lijken speciaal ontworpen te zijn om te benadrukken dat hetgeen gezegd wordt, precies hetzelfde is als hetgeen door de voorgaande spreker is gezegd. Het gaat in deze responsen om "*repeats that are doing agreement*" (Schegloff, 1996: 180). In tegenstelling tot neutrale *bland agreements* zoals *ja*, zijn herhalende responsen gemarkeerd (Stivers, 2005: 135), omdat een bewering of stellingname in het

algemeen een neutrale instemming of een ontvangstbevestiging projecteert; wanneer nu een spreker zo'n bewering nadrukkelijk bevestigt (met een herhalende respons), is er sprake van een gemarkeerde handeling (Stivers, 2005). Een herhaling geeft de respons het karakter van een *confirmation*, een nadrukkelijke bevestigende respons, terwijl een recipiënt bij een ongemarkeerde, neutrale instemming (*ja*-respons) slechts instemming (*bland agreement*) toont (Stivers, 2005: 133).

Behalve als bevestigende respons in een tweede paardeel, zijn letterlijke herhalingen ook terug te vinden in minimale postexpansies. Minimale postexpansies bevatten één extra beurt na het tweede paardeel van het aangrenzende paar. De herhaling functioneert dan als derdepositieafsluiter van de sequentie. Schegloff (2007) laat zien dat derdepositieafsluiters (*sequence-closing thirds*) in allerlei vormen en combinaties daarvan voorkomen. Hij noemt de meest voorkomende: *oh, okay* en *assessments* (evaluatieve vaststellingen, bijv. *mooi zo of prima*). Naast deze drie veel voorkomende derdepositieafsluiters noemt Schegloff ook herhalingen van het tweede paardeel als mogelijke sequentieafsluiters in derde positie (2007: 126). Een verbalisering wordt dan bijvoorbeeld gepositioneerd in de derde positie van een vraag-antwoordsequentie:

Eerste paardeel:	vraag spreker A
Tweede paardeel:	antwoord spreker B
Derdepositieafsluiter:	spreker A herhaalt het antwoord van spreker B

Hierna wordt een nieuwe sequentie gestart. Ook hier functioneert de verbalisering, net als wanneer deze voorkomt in tweede positie, als bevestigende respons (instemmingsclaim).

2.3.2 Formulations

Heritage en Watson (1979) hebben voor het eerst systematisch onderzoek gedaan naar *formulations*. Vrij vertaald noemen Heritage en Watson (1979) *formulations* "uitingen die zaken beschrijven die eerder in een gesprek zijn besproken". Zij hebben het dan met name over *formulations* die gedaan worden door de nieuwsontvanger (die dus vaak uitingen van de nieuwszender herformuleert). Heritage en Watson noemen drie verschijningsvormen waarin *formulations* voorkomen:

- Preservation: de oorspronkelijke uiting wordt gehandhaafd.
- Deletion: een deel van de oorspronkelijke uiting wordt weggelaten.
- Transformation: de uiting bevat een verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting.

Daarbij onderscheiden ze twee typen *formulations*:

- Gists: de formulation bevat de kern van wat eerder is gezegd.
- Upshots: de formulation bevat een conclusie naar aanleiding van wat eerder is gezegd.

Heritage en Watson (1979) gaan met name in op het type *formulation of gist* en hebben het gebruik van *formulations* vanuit drie verschillende hoeken belicht: binnen de sequentieorganisatie (*utterance-utterance-organization*), binnen de organisatie van het onderwerp (*organization at the level of topic*) en binnen de algehele gespreksorganisatie (*overall structural organization of the unit "a single conversation"*). In deze paragraaf zullen de eerste twee nader worden toegelicht.

Formulations en sequentie-organisatie

Mazeland (2003) stelt dat de handelingen die gespreksdeelnemers in opeenvolgende beurten doen, met elkaar samenhangen doordat ze deel uitmaken van sociale systeem-pjes voor de organisatie van interacties, zogenaamde sequenties. Daarbij is het meest fundamentele structurerings-principe voor de organisatie van sequenties het aangrenzende paar: door een bepaald type eerste paardeel te doen, zet de spreker een vervolg met een passend tweede paardeel bovenaan op de interactionele agenda (73). Een duidelijk voorbeeld van een aangrenzend paar is de vraag-antwoordsequentie. Wanneer iemand een vraag stelt wordt de gesprekspartner geacht antwoord te geven. Een ander type uiting zou in dit geval niet gewenst en interactioneel onpassend zijn (zie voor een nadere uitwerking paragraaf 3.4). Heritage en Watson (1979) laten zien dat ook *formulations* deel uitmaken van een aangrenzend paar. Na een *formulation* volgt er logischerwijs een beslissing (acceptatie of afwijzing van de *formulation*). Schematisch kan dit worden weergegeven als in figuur 2. Zoals te zien in figuur 2 is de acceptatie van de *formulation* het geprefereerde tweede paardeel. Dit heeft te maken met een gemeenschappelijke oriëntatie van gespreksdeelnemers op de

Aangrenzend paar:

1^e paardeel = *formulation*

2^e paardeel = beslissing:

→ acceptatie → *agreement* → geprefereerd

→ afwijzing → *disagreement* → gedisprefereerd

Figuur 2 sequentie-organisatie *formulations*

afloop van de sequentie (preferentieorganisatie). Een sequentieverloop dat leidt tot het beoogde resultaat is geprefereerd. Voortzettingen waarin het resultaat niet gerealiseerd wordt, zijn gedisprefereerd (Mazeland, 2003: 74). Afwijzingen van *formulations* kunnen 'het gesprek tot dusver' in gevaar brengen. Het gevolg kan zijn dat hele gespreksdelen opnieuw moeten worden doorgenomen. Dit zal logischerwijs eerder voorkomen bij het type *upshot* dan bij het type *gist*. Een *upshot* bevat immers een implicatie of consequentie (conclusie) van de oorspronkelijke uiting, terwijl *formulations of gist* slechts de kern uit de oorspronkelijke uiting filteren en er geen inhoudelijke veranderingen aan toevoegen.

Formulations komen dus voor in het eerste deel van een aangrenzend paar. In de regel worden ze gepositioneerd na een basispaar als een eerste zet in een sequentie-expansie. De sequentie-organisatie van *formulations* zoals hierboven beschreven vindt dus plaats in een expansie van een basissequentie. In die basissequentie is de oorspronkelijke uiting van (in dit geval) de patiënt terug te vinden. De meest simpele sequentie-organisatie, waarop een geprefereerde respos volgt, kan er dan als volgt uitzien (A is arts, P is patiënt):

A: eerste paardeel basispaar: vraag

P: tweede paardeel basispaar: antwoord

A: eerste paardeel sequentie-expansie: *formulation* van antwoord

P: tweede paardeel sequentie-expansie: acceptatie van *formulation*

Formulations en topicorganisatie

Formulations of gist (de kern waarover gesproken is) geven een heldere weergave van 'waar we het over hebben gehad tot zo ver'. Hun relevantie met betrekking tot topicorganisatie lijkt dan ook duidelijk. Heritage en Watson (1979) doen een aantal

belangrijke observaties op dit gebied. Zo worden *formulations of gist* vaak gedaan wanneer één gespreksdeelnemer voortdurend aan het woord is en de ander een luisterende houding aanneemt (te herkennen aan het gebruik van *continuers* als *ja, oke en oh*). Deze (nieuws)ontvanger komt uiteindelijk vaak met een *formulation* om zo soepel het probleem van het behoud van een gevoel van gezamenlijk begrip van lange spreekbeurten aan te snijden. Ook hier laat de ontvanger dus, net als wanneer hij een herhalende respons geeft, *alignment* zien (zie paragraaf 2.2). Hij of zij probeert op één lijn te komen met de ander door zijn of haar interpretatie te geven en de ander hiermee te laten instemmen. *Formulations* kunnen de kern samenvatten van een besproken topic waarover gediscussieerd is. Ze werken dan om de uitkomsten van dergelijke discussies vast te stellen. Dit komt in een arts-patiëntgesprek weinig voor. Wel is het daarin van groot belang dat de patiënt zijn of haar klacht zo goed mogelijk overbrengt op de arts. Een belangrijk doel van het huisarts-patiëntgesprek is immers het verhelderen van de klacht. Heritage en Watson (1979) concluderen dat *formulations of gist* de kern van voorgaande informatie (in het geval van het medisch consult kan dat de klacht van de patiënt zijn) kunnen samenvatten en vaststellen. Ze worden gebruikt om bepaalde kernzaken te markeren. Het markeren van kernzaken door middel van *formulations* kan een manier zijn om vanuit dat topic inleidend verder te gaan op een nieuw topic of zelfs om het gesprek helemaal af te ronden.

Het belang van *formulations*

Heritage en Watson (1979) laten zien dat met *formulations* interpretaties van uitingen van gesprekspartners kunnen worden getoond en gecontroleerd. Discrepancies kunnen zo worden gevonden en gecorrigeerd. Dit kan soms tot een extra uitlating leiden (bijna altijd kort, meestal slechts één uiting + acceptatie), maar dat weegt volgens Heritage en Watson niet op tegen het grote belang dat *formulations* hebben. Zij omschrijven de voordelen van *formulations* als volgt:

- Wanneer succesvol, minimaliseren *formulations* de periode die gebruikt wordt om een interpretatie te controleren zonder enig verlies van efficiëntie in die controlerende actie.

- Formulerende uitingen kunnen andere interactionele taken uitvoeren, zonder hun gelijktijdige formulerende karakter te verliezen.

Deze laatste opmerking verdient enige toelichting, aangezien 'de andere interactionele taken' waarover Heritage en Watson het hebben regelmatig zijn teruggevonden in de huisarts-patiëntgesprekken die in het kader van het onderhavige onderzoek zijn bestudeerd. Zo kan een *formulation* (met name *upshots*) een element van *downgrading* (afzwakking), *upgrading* (versterking), specificatie of uitbreiding bevatten waarmee informatie nader kan worden uitgewerkt.

***Formulations* binnen verschillende institutionele settings**

Zoals in dit hoofdstuk al is genoemd, hangt het gebruik van verbaliseringsen en dan met name *formulations*, sterk af van de institutionele setting waarin ze voorkomen. Binnen het huisarts-patiëntgesprek is er nog niet eerder onderzoek naar gedaan, maar in andere institutionele settings wel. Van Kruiningen (2010) bespreekt *formulations* in een onderwijsoverlegsetting, Heritage (1985) door interviewers in nieuwsinterviews en Drew (1998) heeft een vergelijkend onderzoek gedaan naar *formulations* door patiënten in psychotherapeutische consulten, door radiopresentatoren in interactieve radioprogramma's, in zakelijke onderhandelingsgesprekken en in navolging van Heritage (1985) in nieuwsinterviews.

Onderwijsoverlegsetting

Het gebruik van *formulations* in een universitaire onderwijssetting waarin onderwijsadviseurs en docenten met elkaar communiceren is aan de orde gesteld door Van Kruiningen (2010). *Formulations* worden dan met name gebruikt om het onderwijsontwerp stap voor stap nader te concretiseren en te onderbouwen zodat er intersubjectief begrip ontstaat ten aanzien van het toekomstige onderwijsontwerp. Van Kruiningen onderscheidt twee soorten sequentie-uitbreidende *formulations* die in haar data veelvuldig worden geleverd. Ten eerste gaat ze in op begripsverificaties: expansies waarin de centrale eigenschappen van *formulations* zoals besproken door Heritage en Watson (1979) zich het meest duidelijk manifesteren. Ten tweede bespreekt ze sequentie-uitbreidende verbaliseringsen

waarin sprekers, impliciet instemmend, allerlei concretiseringen, abstracties, nuanceringen en uitbreidingen leveren ten aanzien van de uiting van een vorige spreker, en op die manier steeds (subtiele) volgende stappen zetten in een collaboratief geconstueerde redenering.

Psychotherapeutische consulten

Drew (1998) concludeert dat *formulations* van patiënten in psychotherapeutische settings de vorm aannemen van bevestigingsvragen (*you mean...*). Hij koppelt deze vorm vervolgens aan de activiteiten die centraal staan in deze specifieke setting. In de psychotherapie wordt de patiënt betrokken in een zoektocht naar de betekenis van de zinspelende opmerkingen en vragen van de therapeut: de patiënt tracht te interpreteren wat de therapeut bedoelt te zeggen, vandaar de lexicale selectie '*you mean*' waarmee de patiënt een betekenis van een eerdere opmerking van de therapeut formuleert. Drew stelt dat kleine maar significante verschillen in de linguïstische realisatie van *formulations* in specifieke settings gekoppeld kunnen worden aan de activiteiten die er plaatsvinden. Zo kan een formulering als '*you mean...*' goed worden verklaard binnen een psychotherapeutisch consult omdat de patiënt er ook daadwerkelijk achter wil komen wat de thearapeut bedoelt.

Interactieve radioprogramma's

In interactieve radioprogramma's gebruikt de presentator een *formulation* vaak om een (tendentieuze) versie te geven van het argument van de beller, als een eerste actie in een argumentatiesequentie. Acceptatie van de *formulation* (*of upshot*) door de beller leidt direct tot een conclusie van de presentator over de positie van de beller, een conclusie die de absurditeit van die positie aantoont. De presentator realiseert zijn *formulations* met linguïstische elementen als '*what you're saying is*' en '*you seem to be suggesting*'.

Nieuwsinterviews

De analyse van *formulations* in nieuwsinterviews baseert Drew (1998) grotendeels op de resultaten van Heritage (1985) met betrekking tot dit onderwerp. Nieuwsinterviewers geven *formulations* van eerdere antwoorden van de geïnterviewde persoon om hen uit te nodigen en aan te moedigen om uit te weiden over een specifiek gedeelte van dat antwoord. Interviewers

doen dit vaak om het onderwerp te dramatiseren en het meer conflictieus en nieuwswaardig te maken. Heritage (1985) noemt dit het gebruik van de *formulation* als *prompt* (stimulus) of als *inferentially elaborative probe* (concluderende, uitbreidende aftasting). Daarnaast geeft Heritage nog een functie van *formulations* in het nieuwsinterview. Zo kan de interviewer *formulations* ook inzetten als coöperatief interactieel middel. De interviewer gebruikt dan een neutrale, herformulerende uiting waarmee hij de geïnterviewde helpt om zijn of haar positie te verduidelijken. In nieuwsinterviews kunnen *formulations* dus zeer verschillende functies vervullen. Ze kunnen een sterk coöperatief, maar ook een sterk oncoöperatief karakter hebben. Heritage (1985) concludeert dat *formulations* in nieuwsinterviews niet moeten worden gezien als middel voor een interviewer om zich te onttrekken aan een band met de geïnterviewde, omdat een dergelijke band geen onderdeel van zijn taak is. *Formulations* moeten eerder gezien worden als alternatief om verder te gaan naar de volgende vraag en in die context worden ze begrepen als uitbreidingen en verduidelijkingen voor het meeluisterende publiek. Interviewers gebruiken vaak een *upshot* om hun *formulations* linguïstisch mee vorm te geven: '*So...*'. Ook gebruiken ze een grotere verscheidenheid aan werkwoorden, zoals bijvoorbeeld *accusing* *suggesting* in constructies als '*So you're really accusing them...*'. De interviewer wil controversiteit creëren, de argumenten van de geïnterviewde ondermijnen of hem stimuleren om uit te weiden over een specifiek onderwerp.

Zakelijke onderhandelingsgesprekken

Drew (1998) bespreekt in zijn vergelijkend onderzoek ook het gebruik van *formulations* in zakelijke onderhandelingsgesprekken. Hierin geeft een spreker een *formulation* van wat een andere spreker eerder heeft gezegd in een poging om een compromis te bereiken dat hetgeen waarover gediscussieerd wordt oplost. De *formulation* wordt strategisch vormgegeven zodat wordt vastgehouden aan de voorwaarden van de ene partij en dit ondertussen zo wordt verpakt dat het acceptabel is voor de andere partij. Dergelijke *formulations* worden meestal vormgegeven met formuleringen als '*(What) you're saying is...*' en '*You're asking us...*'.

Drew (1998) toont in zijn onderzoek aan dat er een bepaald verband bestaat tussen 'vorm' en 'functie' van *formulations* in een verscheidenheid aan settings. Hiermee bedoelt hij dat de specifieke linguïstische vorm die *formulations* aannemen verschilt in de verschillende settings, wat gerelateerd lijkt te zijn aan de interactionele taak (functie) die de *formulations* hebben in die setting. Alle hierboven beschreven activiteiten kunnen volgens Drew (1998) verklaard worden vanuit de taken die de participanten hebben in de specifieke settings. Dramatische werkwoorden als *accusing* passen bij de setting van het nieuwsinterview, omdat het de taak van de interviewer is om iets van controversiteit en nieuwswaardigheid in het interview te brengen. Dit soort werkwoorden zouden volledig misstaan in een psychotherapeutisch consult, maar ook in een zakelijke onderhandeling. In het laatste geval zou dergelijk woordgebruik kunnen leiden tot een regelrechte mislukking van de onderhandeling in plaats van de door de participanten gewenste oplossing of compromis.

Bovenstaande beschrijving van hoe *formulations* functioneren en linguïstisch vormgegeven worden in verschillende institutionele settings biedt aanknopingspunten voor de analyse van *formulations* in huisarts-patiëntgesprekken die in het onderhavige onderzoek centraal staat.

2.4 Expert versus novice

Helaas is er in de conversatieanalytische literatuur nog nauwelijks onderzoek te vinden naar de communicatieve handelingen van novices in institutionele settings. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat ook vergelijkend onderzoek nog nauwelijks wordt gedaan. Om iets te kunnen zeggen over het specifieke gedrag van een novice, moet je immers wel een referentiekader hebben. Dat bij vergelijkend onderzoek statistische analyses een rol spelen, kan verklaren waarom dit nog weinig gebeurt in de conversatieanalyse. De vraag in hoeverre statistische gegevens een rol kunnen spelen in conversatieanalytisch onderzoek is controversieel. Heritage (2005) is echter van mening dat het duidelijk is dat bepaalde vragen over de relatie tussen *talk, its circumstances, and its outcomes* niet beant-

woord kunnen worden zonder statistische analyse van de resultaten. Als voorbeeld geeft hij de relatie tussen arts en patiënt die in de tijd kan veranderen.

Vanuit de psychologische wetenschap zijn wel onderzoeken gedaan naar verschillen tussen ervaren en onervaren huisartsen. Zo blijkt uit een experiment naar de ontwikkeling van probleemoplossingstrategieën van Boshuizen (1989) dat huisartsen in opleiding in de loop van hun studie steeds beter in staat zijn delen van een probleem te integreren en op een samenhangende manier te representeren. De resultaten suggereren dat de meer ervaren artsen relevante informatie beter selecteren dan hun onervaren collega's. Een tweede experiment van Boshuizen nam dit resultaat als uitgangspunt en had als hypothese dat ervaren huisartsen hun kennis snel en automatisch inzetten wanneer ze een diagnose stellen, terwijl novices hun kennis actief en bewust inzetten wanneer ze een probleem beredeneren. Het experiment bestond uit het lezen van een bepaalde case om vervolgens een diagnose te stellen. De beschikbare tijd was ruim, voldoende of extreem kort. Het resultaat was dat experts ongeacht de beschikbare tijd met dezelfde kleine hoeveelheid kennis kwamen, terwijl de novices veel meer informatie activeerden als ze ruim of voldoende tijd hadden. Wanneer er extreem weinig tijd was, activeerden ze veel minder kennis. Ook bleek dat het vooral de basiskennis is die door de ervaren huisartsen veel minder wordt geactiveerd. Uiteindelijk komt Boshuizen (1989) tot een beschrijving van de ontwikkeling van probleemoplossingstrategieën: in de eerste fase, die ongeveer plaatsvindt in de jaren voor de praktische stage, hopen grote hoeveelheden kennis zich op. In deze fase resulteert het leren in een uitgebreide kennisbase die kennis over de medische basiswetenschap en de klinische wetenschap bevat. Wanneer de student de praktijk betreedt en zijn of haar stage begint, start een nieuwe fase. Deze fase wordt gekarakteriseerd door kennisbijeenvrenging, -verrijking en verfijning. De kennis die hieruit voortkomt wordt gerepresenteerd in ziektescripts (zo'n script bevat kennis over een bepaalde ziekte, de voorwaarden die ervoor zorgen dat je die ziekte krijgt en de, met de ziekte geassocieerde, symptomen) en semantische netwerken en mentale modellen. Beide lagen worden verondersteld samen te gaan, met als resultaat een kennisbase die een flexibele toepassing van de kennis mogelijk maakt. Uitein-

delijk is er de expertfase waarin medische basiskennis samengesteld lijkt te zijn uit en geïntegreerd lijkt te zijn met de kennis van de ziektescripts.

Stolper, Rutten en Dinant (2005) halen het onderzoek van Boshuizen (1989) aan en voegen eraan toe dat ervaren huisartsen veel sneller begrijpen om wat voor patiënt het gaat en ook het ziektebeeld herkennen in ingewikkelder situaties, terwijl studenten vanuit hun medische basiskennis slechts eenvoudige scripts activeren. De experts maken gebruik van veel uitgebreidere scriptkennis. Doordat zij kortere zoekpaden hebben, kunnen zij biomedische verklaringen van het probleem overslaan en direct een diagnose stellen. Kan er geen diagnose worden gevonden waarin de klachten van de patiënt voldoende worden verklaard, dan vallen ook experts terug op hun biomedische kennis.

Schraagen (1990) geeft aan dat er al veel bekend is op het gebied van verschillen tussen beginners en experts bij het oplossen van bekende problemen, maar veel minder over kennis en vaardigheden die experts gebruiken wanneer ze met nieuwe problemen binnen hun vakgebied geconfronteerd worden. In zijn studie gebruikt hij proefpersonen van verschillende expertiseniveaus die hardop denkend een onderzoek moeten opzetten op een voor hen onbekend gebied. De resultaten van dit experiment laten zien dat zelfs wanneer domeinkennis ontbreekt, experts een probleem binnen hun vakgebied oplossen door dat probleem in een aantal subproblemen op te delen en die vervolgens in een vaste volgorde op te lossen. Het gebrek aan domeinkennis wordt gecompenseerd door abstracte kennisstructuren en domeinspecifieke strategieën te gebruiken. De resultaten suggereren dat wanneer experts met nieuwe problemen worden geconfronteerd, ze verschillende soorten kennis en strategieën gebruiken die hen in staat stellen beter te presteren dan beginners (Schraagen, 1990: 6).

Zoals gezegd is deze paragraaf vanuit de psychologische en niet de conversatieanalytische of zelfs communicatieve literatuur tot stand gekomen. Toch biedt het een achtergrond waartegen een vergelijking van communicatief gedrag van expert met novice kan worden gezien.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de literatuur besproken die van belang is voor het onderhavige onderzoek. Ten eerste is de institutionele setting en de specifieke structuur van het medisch consult aan de orde gekomen. Daarbij zijn ook de interactionele identiteiten en machtsverhoudingen van arts en patiënt besproken. Hieruit is gebleken dat het met name de arts is die het initiatief neemt in het medisch consult, maar dat de autoriteit van de arts vaak door zowel de arts als de patiënt interactioneel in stand wordt gehouden. Beiden laten een sterke oriëntatie op de structuur van het gesprek zien. Toch zijn er verschillende middelen waarmee de arts oriëntatie op de patiënt laat zien. *Alignment* tussen arts en patiënt is van groot belang voor het bereiken van de specifieke doelen van de interactie. Het belangrijkste is klachtverheldering zodat de arts uiteindelijk een onderbouwd en voor beiden aanvaardbare diagnose kan stellen en advies kan geven. Arts en patiënt moeten gezamenlijk tot de juiste informatie komen. Verbaliseren kunnen deze interactionele oriëntatie bewerkstelligen. Met (gedeeltelijke) letterlijke herhalingen toont de arts haar gerichtheid op overeenstemming waardoor *alignment* tussen arts en patiënt ontstaat. *Formulations* komen voor als eerste onderdeel in een postexpansie en projecteren een belissing van de andere spreker. Hiermee toont en verifieert de arts haar interpretatie van (de) voorgaande uiting(en) van de patiënt. Discrepancies kunnen zo worden gevonden en gecorrigeerd. *Formulations* werken dan als een belangrijk interactioneel middel om oriëntatie op de patiënt mee uit te drukken. Onderzoek naar *formulations* in verschillende institutionele settings heeft aangetoond dat ze door gespreksdeelnemers met verschillende interactionele rollen, anders worden ingezet. De interactionele taak (functie) die *formulations* hebben is afhankelijk van de specifieke setting waarin ze worden gebruikt. Tot slot is kort ingegaan op de verschillen tussen ervaren huisartsen (experts) en huisartsen in opleiding (novices). Deze zijn vanuit psychologisch-wetenschappelijk oogpunt beschreven en laten zien dat huisartsen een bepaalde ontwikkeling doormaken als het gaat om het gebruik van probleemoplossingstrategieën. Ervaren huisartsen beschikken over een kennisbase die een flexibele toepassing van kennis mogelijk maakt hun medische basiken-

nis lijkt samengesteld te zijn uit en geïntegreerd met de kennis van ziektescripts. Huisartsen in opleiding moeten hun kennisbase nog bijeenbrengen, verrijken, verfijnen en integreren met ziektescripts.

3 Methodologie

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode die bij de analyse is gehanteerd nader worden toegelicht. Ten eerste zullen de onderzoeksvragen die centraal staan worden uitgewerkt. Ten tweede volgt een beschrijving van de onderzoeksgroep en het gehanteerde onderzoeksmateriaal waarmee de context van het onderzoek wordt gekarakteriseerd. Tot slot zal ingegaan worden op de specifieke analyseprocedure die is gevolgd, waarbij vooral aandacht zal zijn voor de conversatieanalytische benadering die is toegepast.

3.1 Onderzoeksvragen

Het medisch consult is een specifieke vorm van institutionele communicatie, met een bepaalde structuur, interactionele verhoudingen en een specifiek doel. Het doel is om de klacht van de patiënt helder krijgen, de arts en de patiënt moeten samen tot overeenstemming komen over wat de klacht is. Deze gezamenlijkheid vraagt om een zekere mate van interactionele adaptiviteit: om iets gezamenlijks te kunnen construeren, moeten arts en patiënt op één lijn komen. Deze *alignment* komt tot stand wanneer de arts een zekere mate van oriëntatie op de patiënt laat zien (zie paragraaf 2.2). Wanneer we het echter hebben over interactionele adaptiviteit gaat deze oriëntatie op de patiënt verder dan alleen het tonen van begrip van de patiënt. De arts dient ook begrip vóór de patiënt te laten zien. Adaptiviteit betekent het vermogen om je aan te passen. De arts dient dus niet alleen te laten zien dat zij georiënteerd is op de patiënt, maar ook actief samen te werken met de patiënt om gezamenlijk begrip te construeren.

Vanuit de praktijk van de huisartsenopleiding van het UMCG werd aangegeven dat huisartsen in opleiding het vaak nog moeilijk vinden deze interactionele adaptiviteit in hun consulten toe te passen. Het is echter onduidelijk welke interactionele fenomenen hier nou voor zorgen. Vanuit deze visie op het huisarts-patiëntgesprek vanuit de theorie en de

praktijk zijn de beschikbare transcripten (zie paragraaf 3.2) herhaaldelijk bestudeerd. Door vanuit de data te redeneren, ontstond het thema van het onderhavige onderzoek: verbaliseren. De onderzoeksvraag en de deelvragen, die als resultaat van bovengenoemde verkenning tot stand zijn gekomen, zijn als volgt geformuleerd:

Hoofdvraag:

In hoeverre gebruiken ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds (bepaalde typen) verbaliseren om interactionele adaptiviteit ten opzichte van de patiënt te construeren?

Deelvragen:

1. *Welke typen verbaliseren gebruiken huisartsen in interactie met patiënten?*
2. *In hoeverre verschilt het gebruik van verbaliseren door ervaren huisartsen van dat van huisartsen in opleiding?*

Deelvraag één kan beantwoord worden door zowel de sequentiële positionering als de vormgeving van de verbaliseren in kaart te brengen. Op die manier ontstaat er een categorisering van waaruit de verbaliseren kunnen worden getypeerd. Deelvraag twee kan beantwoord worden door op zoek te gaan naar de verschillende typen verbaliseren, die zijn gevonden bij het beantwoorden van de eerste deelvraag, in de consulten van de ervaren huisartsen en van de huisartsen in opleiding. Hierbij wordt vanuit statistische gegevens toegewerkt naar een meer kwalitatieve beschrijving van de verschillen. De vraag in hoeverre statistische gegevens een rol kunnen spelen in conversatieanalytisch onderzoek is controversieel. Heritage (2005) is van mening dat het duidelijk is dat bepaalde vragen over de relatie tussen *talk, its circumstances, and its outcomes* niet beantwoord kunnen worden zonder statistische analyse van de resultaten. Als voorbeeld geeft hij de relatie tussen arts en patiënt die in de tijd kan veranderen. Wanneer je die verandering wilt laten zien, moet er een manier zijn om conversatie-elementen die wellicht veranderd zijn te specificeren en te kwantificeren.

In de vervolghoofdstukken zal verslag worden gedaan van de analyses die zijn uitgevoerd om de deelvragen te beantwoorden. De analysehoofdstukken leveren een systematische beschrijving van het interactionele fenomeen verbaliseringsen, ter beantwoording van de twee deelvragen, en daarmee uiteindelijk van de hoofdvraag.

3.2 Onderzoeksgroep en onderzoeksmateriaal

Het onderzoekscorpus is gevormd op basis van, door de huisartsenopleiding van het UMCG beschikbaar gestelde, video-opnames van medisch consulten van ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding. Hier zijn negentien consulten uit geselecteerd op basis van de kwaliteit van de video (met name wat betreft het geluid) en de aard van de klacht waarmee een patiënt binnenkomt. De consulten die voor dit onderzoek zijn geanalyseerd bestaan grotendeels uit gesprekken waarin de patiënt binnenkomt met een nieuwe klacht. Negen consulten zijn afkomstig van drie verschillende ervaren huisartsen, tien consulten van vijf verschillende eerstejaars huisartsen in opleiding. In tabel 1 is te zien hoe de het corpus is opgebouwd. Een belangrijk aspect van de data is dat de consulten slechts afkomstig zijn van vrouwelijke huisartsen (in opleiding). Hier is voor gekozen om te voorkomen dat de, eventueel interfererende, variabele 'geslacht' van invloed zou kunnen zijn op de resultaten van de analyses. Om deze reden zal er in dit onderzoeksverslag steeds met vrouwelijke persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden worden verwezen naar huisartsen.

Het aangeleverde audiovisuele materiaal is omgezet in, voor conversatieanalytisch onderzoek geschikte, onderzoeksdata door de verbale interactie te transcriberen. Met andere woorden: de gesproken taal is omgezet in geschreven taal, waarin niet alleen woordelijk wordt beschreven wat de participanten zeggen (niet fonetisch maar volgens de Nederlandse schrijfwijze), maar ook typische elementen van gesproken taal, zoals beurtoverlappingsen, versprekingen, pauzes en intonatie zijn opgenomen. De regels zijn genummerd en er is per sprekersbeurt een sprekersidentificatie gegeven. De sprekers zijn

daarbij als volgt aangeduid: H is huisarts in opleiding, A is ervaren huisarts en P is patiënt. Alle fragmenten zijn bovendien geheel geanonimiseerd. Dit betekent dat alle namen van de gespreksdeelnemers, maar ook die van personen waarover gesproken wordt, zijn veranderd.

Dit heeft geleid tot een datacollectie van transcripten van in totaal 2 uur en 39 minuten. Hierin zijn vervolgens de fragmenten waarin het gebruik van verbaliseringsen naar voren komt geselecteerd. Deze fragmenten vormen samen het uiteindelijke corpus dat ten grondslag ligt aan de uitgevoerde analyses. Het gaat om 157 fragmenten. Boven elk fragment is aangegeven om welke arts en welk consult het precies gaat. De pijltjes naast de sprekersidentificatie wijzen op die passages die voor de analyse het meest relevant zijn.

Elk fragment waarin een verbalisering voorkomt is geanalyseerd in relatie tot de (interactionele) context waarbinnen het fenomeen voorkomt. In de analyses zijn daarom over het algemeen grotere tekstfragmenten opgenomen, dan slechts de beurt waarin de verbalisering daadwerkelijk wordt gedaan.

	Aantal consulten
Huisarts A	4
Huisarts B	2
Huisarts C	3
Subtotaal	9
Huisarts in opleiding A	3
Huisarts in opleiding B	3
Huisarts in opleiding C	2
Huisarts in opleiding D	1
Huisarts in opleiding E	1
Subtotaal	10
Totaal	19

Tabel 1 opbouw corpus

3.3 Onderzoeks- en analyseprocedure

De analyses zijn uitgevoerd volgens de methodologische procedure van de conversatieanalyse. In deze studie staat een specifiek interactieel fenomeen centraal (verbaliseren) dat aan een systematische analyse zal worden onderworpen in de hieropvolgende hoofdstukken. Het fenomeen wordt steeds aan de hand van een verzameling gespreksfragmenten onderzocht. Dit is een vorm van datagestuurde corpusanalyse die primair kwalitatief van aard is. Dat wil zeggen dat er niet vanuit een hypothese getoetst wordt, zoals bij kwantitatief onderzoek meestal het geval is, maar dat er door bestudering van het materiaal getracht wordt een patroon te ontdekken met betrekking tot een bepaald interactieel fenomeen, in dit geval verbaliseren. Van het corpus, zoals beschreven in de vorige paragraaf, is voor de analyse een collectiestudie gemaakt. Dit betekent dat elk fragment in het corpus waarin sprake is van een verbalisering geanalyseerd is en op basis daarvan is ingedeeld in een bepaalde collectie. De punten waarop de geselecteerde fragmenten zijn beoordeeld:

- De sequentiële positionering van de verbalisering.
- De vormgeving van de verbalisering.

In de analyse zal het gevonden patroon beschreven worden aan de hand van fragmenten uit het corpus. De analyse is als volgt opgebouwd:

- De context waarbinnen de betreffende sequentie zich afspeelt wordt kort beschreven.
- De gegevens van het fragment worden gegeven (arts, consult, tijd).
- Het fragment zelf wordt gegeven. Niet alleen de uiting met daarin de verbalisering, maar ook een relevant deel van de context.
- Het fenomeen wordt beschreven in gespreks-analytische termen.

Elke paragraaf in de analysehoofdstukken zal bovendien afsluiten met een overzicht van de verkregen resultaten. Niet alle fragmenten worden in het hoofdstuk *Analyse* zelf behandeld. Dit om de overzichtelijkheid te behouden. In de bijlage (op cd-rom) zijn deze echter wel terug te vinden zodat de analyse volledig, controleerbaar en betrouwbaar is.

3.4 Analytisch instrumentarium

De data, gebruikt voor dit onderzoek, worden zoals gezegd in een conversatieanalytisch kader bestudeerd. Dit betekent dat er termen gebruikt zullen worden die niet iedereen direct bekend in de oren klinken. In deze paragraaf volgt een korte toelichting op deze termen om op die manier een beter inzicht in de analyse te genereren. De term die als uitgangspunt voor de bespreking dient is *sequentieorganisatie*.

Binnen arts-patiëntgesprekken, die de data leveren voor dit onderzoek, is sprake van een sequentiële structuur. *Sequenties* zijn interactieel structuren, oftewel niet-toevallige en geordende reeksen uitingen, waarmee gespreksdeelnemers in opeenvolgende beurten een gemeenschappelijk handlingsproject implementeren (Mazeland, 2003: 74). Sequenties kunnen meer of minder gecompliceerd in elkaar zitten. Het basisprincipe is het principe van de aangrenzende paren.

Eigenschappen van aangrenzende paren zijn:

- (1) ze bestaan uit twee uitingen;
- (2) die aangrenzend geplaatst zijn;
- (3) en door verschillende sprekers in aparte beurten geproduceerd worden (Mazeland, 2003: 83).

Sequenties zijn sociale arrangementen waarin gespreksdeelnemers interactieel projecten coördineren. Het project dat in het eerste paardeel begonnen is, kan in het tweede paardeel op alternatieve wijzen worden afgemaakt (Mazeland, 2003: 92).

Zo kan een *formulation* in een eerste paardeel afgewezen dan wel geaccepteerd worden. De voorkeur van gespreksdeelnemers gaat uit naar projectsucces. Dat wil zeggen: die invulling van het tweede paardeel die bijdraagt aan het lukken van het project dat het eerste paardeel lanceert, is geprefereerd (Mazeland, 2003: 93). De manieren waarop deelnemers omgaan met alternatieve, niet-equivalente tweede paardelen in aangrenzende paren is een aspect van sequentieorganisatie dat wel wordt aangeduid als *preferentieorganisatie*. Naast de voorkeur voor projectsucces zoals hierboven beschreven, bestaat er nog een type preferentieorganisatie: de voorkeur voor overeenstemming (*preference for agreement*). Hierbij gaat het om de manier waarop de beurt met het eerste paardeel wordt vormgegeven en hoe de spreker van het twee-

de paardeel daarmee rekening houdt. In het geval van een *formulation* in het eerste paardeel (meestal van een postexpansie) is acceptatie geprefereerd en afwijzing gedisprefereerd (*disagreement*).

Dus samenvattend kan over *formulations* en preferentiestructuur het volgende gezegd worden:

Eerste paardeel	Formulation	
	<u>Projectsucces</u>	<u>Overeenstemming</u>
Geprefereerd tweede paardeel	Acceptatie	Overeenstemmen
Niet-geprefereerd tweede paardeel	Afwijzing	Niet-overeenstemmen

Formulation-beslissingsparen worden zoals gezegd meestal geleverd in een postexpansie van een basissequentie. Dat wil zeggen dat de basissequentie door de gespreksdeelnemers wordt uitgebreid met minimaal één extra beurt, maar in het geval van een *formulation* met minimaal twee extra beurten: de *formulation* en de beslissing (acceptatie of afwijzing).

4 Analyse

In totaal zijn er in het gehele corpus van dit onderzoek 157 verbalisering gevonden. Het gaat alleen om uitingen van de ervaren huisartsen of de huisartsen in opleiding. De verbalisering van patiënten zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Om inzicht te krijgen in het gebruik van verbalisering in de bestudeerde huisarts-patiëntgesprekken, zal in de analyse ten eerste gekeken worden naar de positionering van de verbalisering. Het gaat daarbij in eerste instantie om de lokale positionering binnen de sequentie-organisatie. Op welke plek, in welk soort sequentie vinden we de verbalisering van de huisartsen? Behalve op de lokale organisatie zal ook ingegaan worden op de gespreksstructurende functie die verbalisering soms hebben. Ze dienen dan om een topic te herintroduceren en staan ver af van de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Het tweede aspect waarnaar in de analyse wordt gekeken, is de lokale communicatieve functies die verbalisering kunnen vervullen. De vorm van een verbalisering kan variëren van een (bijna) complete letterlijke herhaling tot een volledige herformulering van de oorspronkelijke uiting van de patiënt die dan vaak de vormkenmerken van een concluderende uiting heeft. Door zowel de positionering als de vorm van de verbalisering te analyseren kunnen de verschillende typen verbalisering die huisartsen hanteren, met ieder hun specifieke communicatieve functie, in kaart worden gebracht.

4.1 Positionering

De verbaliserende uitingen van de artsen komen op vier verschillende posities voor: als bevestigend tweede paardeel, als derdepositieafsluiter (in een minimale postexpansie), als eerste paardeel in een basispaar en als eerste paardeel van een non-minimale postexpansie. Deze laatste zijn de door Heritage en Watson (1979) beschreven *formulations* (zie hoofdstuk 2) en gaan vooraf aan een geprefereerde, instemmende of een gedisprefereerde, afwijzende respons van de patiënt. De communicatieve functies van de verbalisering op de verschillende

sequentiële posities wordt duidelijk wanneer de context waarin ze voorkomen geanalyseerd wordt.

4.1.1 Bevestigend tweede paardeel

Verbaliserende uitingen van de arts in tweede positie komen niet vaak voor (in het gehele corpus zes keer) en functioneren dan als bevestigend antwoord op een vraag van de patiënt of als bevestigende reactie op een bewering van de patiënt. Deze vragen en beweringen van patiënten projecteren een bevestiging van de tweede spreker door hun specifieke vorm: *negative interrogative* (negatie-element in de vraag) of *declarative question* (vraag om verheldering). Sprekers nemen met dit soort constructies een bepaald standpunt in ten opzichte van hun claim dat bevestiging (*confirmation*) of ontkenning (*disconfirmation*) relevant maakt (Stivers, 2005).

In fragment 1 heeft de patiënt net verteld dat hij regelmatig *Rennies* gebruikt tegen zijn klachten en dat deze dan verdwijnen. Wanneer de arts aangeeft dat goed nieuws te vinden, roept dat bij de patiënt een vraag op (r.81). Hij stelt deze suggestief: hij integreert een mogelijk antwoord in zijn vraag door die in de indicatiefmodus met een negatie-element (*negative interrogative*) te formuleren en af te sluiten met de contraire tag *of wel*.

Fragment 1

Huisarts B - Consult 2

Tijd: 0:00:24.6 - 0:03:24.2

74. A: ja (.) nou dat is wel goed nieuws nat[uurlijk ()
75. P: [ja ja maar ik
76. blijf toch ge niet ie a alle dagen met die
77. A: rennies=
78. P: =met [die rhennhies
79. A: [()
80. A: ja dus dat is [het ()
81. P: → [ma maar da da dat maakt dat eigenlijk
82. niks uit of wel?
83. A: → nee dat maakt niks uit [dat kunt u er wel voor
gebruiken.
84. P: [(naou)
85. P: j[a
86. A: [maar we kunnen wel even kijken of we toch ook
87. snappen waar het vandaan komt
88. P: ja

In r.83 beantwoordt de arts de bijzondere ja/nee-vraag (met antwoordvoorkeur voor *nee* door de indicatiefmodus) van de patiënt door te beginnen met de geprefereerde minimale respons *nee*. Vervolgens herhaalt de arts de bewerende uiting van de patiënt, waarmee zij een nadrukkelijk bevestigend antwoord geeft. Opvallend is hierbij dat zij het woordje *eigenlijk*, dat de patiënt wel gebruikt, weglaat. In de vraag van de patiënt fungeert *eigenlijk* als verbindingsselement met het voorgaande. Het geeft aan dat de patiënt een conclusie trekt uit hetgeen de arts eerder heeft gezegd (in r.74), die anders is dan hij had verwacht. Van de arts wil hij horen of deze conclusie klopt, daarvoor gebruikt hij de tag *of wel?* In de verbalisering van de arts in r.83 komen het partikel *eigenlijk* en de tag *of wel?* niet meer voor, waarmee de arts de conclusie die de patiënt had getrokken bevestigt. Vervolgens geeft zij nog een aanvulling op haar antwoord met *dat kunt u er wel voor gebruiken* waarmee ze haar beurt verder uitbreidt. De respons *ja* van de patiënt in r.85 behandelt zij als een *continuer*, oftewel een minimale luisterrespons. In r.86 vervolgt de arts haar beurt wat duidelijk te zien is aan de indicator *maar* die aangeeft dat er een contrasterende uiting zal volgen en zo de verbinding met het voorgaande deel van haar beurt laat zien.

In fragment 2 is de verbalisering ook het tweede paardeel in een vraag-antwoordsequentie. Ook hier is sprake van een ja/nee-vraag die gesteld wordt door de patiënt. De arts en de patiënt zijn al in de adviseringsfase van het consult aanbeland. De arts raadt de patiënt aan met zijn likdoorn naar een orthopedisch schoenmaker te gaan en is bezig daarover te vertellen. In r.238 stelt de patiënt een vraag over dit onderwerp. Het is een *declarative question* omdat de patiënt in zijn vraag verduidelijkend vraagt over de status van de persoon waar hij met zijn klacht naartoe wordt verwezen door de arts. Hiermee projecteert hij een bevestiging van de arts in het tweede paardeel.

Fragment 2

Huisarts in opleiding C – Consult 4

Tijd: 2:50:23.2 – 2:50:39.2

231. H: *h u kunt zich ook gewoon daar eerst laten
 232. informeren wat er allemaal mogelijk is.
 233. P: j:a. (.) en da en dan moet ik (0.3) ((snuift))
 234. (0.8)
 235. H: u:h u kunt langsgaan, maar u kunt ook bellen (.)
 236. dat u een afspraak wil maken.
 237. (6.5)

238. P: → oke en is dat een specialist?
 239. H: → dat is een specialist, voor schoenaanpassingen.
 240. (0.6)
 241. P: oke
 242. (0.6)
 243. H: in zwolle zeker. ut is niet een niet een
 244. ziekenhuisspecialist, maar ut is een (.)
 245. ortopedisch schoenmaker, dus een specialist (.) in
 het maken van aanpassingen in schoenen.

In dit geval begint de arts haar antwoord niet met een geprefereerde minimale respons (*ja* of *nee*) na de ja/nee-vraag, maar antwoordt bevestigend door de uiting in de vraag van de patiënt direct te herhalen. Ze specificeert dit antwoord door aan te geven op welk gebied dat dan een specialist is (*voor schoenaanpassingen*). De patiënt reageert in r.241 met de derdepositieafsluiter *oke*. Het partikel *oke* vervult hier een registrerende en accepterende functie (Schegloff, 2007) dat door de arts wordt behandeld als een *continuer*, oftewel een minimale luisterrespons. In r.243-5 vervolgt ze haar beurt en weidt verder uit over de betreffende specialist.

Een verbaliserende uiting als bevestigende respons in tweede positie komt zoals gezegd niet alleen voor bij vraag-antwoordsequenties, maar ook als bevestigende respons na een bewering. In fragment 3 komt dit voor in een insertiesequentie die gestart wordt met een bewering van de patiënt die door de arts behandeld wordt als een vraag om verheldering (*declarative question*).

Fragment 3

Huisarts B – Consult 2

Tijd: 0:06:34.8 – 0:08:08.8

194. A: dat nou ja. of dat lukt *hh maar en ik zou de
 195. movicolon dan toch een poosje dagelijks gebruiken.
 196. P: o toch wel [een per dag
 197. A: → [en als ut- ija een per dag
 198. P: ja
 199. (0.5)
 200. A: als het daarmee goed gaat, [gaat u daarmee door,
 is het dan nog niet
 201. P: [ja
 202. A: ha uh zacht genoeg dan doet u er twee, [wordt het
 te dun doet u een
 203. P: [ja
 204. A: half zakje.
 205. P: o ja.

De patiënt reageert in r.196 op een adviserende bewering van de arts in r.194-5. Deze reactie onderbreekt de arts in haar verhaal. De uiting van de patiënt heeft de vorm van een *declarative*

question. De partikels *toch welleggen*, net als *eigenlijk* in fragment 1, de verbinding met de voorgaande uiting van de arts. Ze laten zien dat deze anders is dan de patiënt verwachtte. De arts start het tweede paardeel van de insertiesequentie in r.197 - nadat ze een begonnen beurt heeft afgebroken - met het minimale instemmingspartikel *ja*, maar geeft haar reactie een duidelijk bevestigend karakter door de kern van de uiting van de patiënt te herhalen: *een per dag*. In r.198 volgt de instemming van de patiënt op de bewering van de arts en daarmee op het eerdere advies dat zij gaf. De insertiesequentie zorgt voor opheldering van het eerste paardeel (advies van de arts in r.194-5) voordat het tweede paardeel (instemming van de patiënt in r.198) wordt gerealiseerd. De arts start in r.200 een nieuwe sequentie.

Kortom, een verbalisering in een tweede paardeel heeft een bevestigend karakter en volgt dan ook op eerste paardelen die een bevestiging projecteren. In de geanalyseerde data zijn dat de zogenaamde *negative interrogatives* en de *declarative questions*. Een verbalisering in een tweede paardeel functioneert in de data dus als een geprefereerde respons op een eerste paardeel en geeft verduidelijking of opheldering.

4.1.2 Verbalisering functioneert als derdepositieafsluiter

Na een basissequentie volgt soms een afsluiting of een uitbreiding. Een sequentieafsluiting kan heel minimaal zijn (*oh, jah, okay*), maar soms ook uitgebreidere vormen aannemen. Verbaliseringsen komen in de onderzochte data vaak voor als (onderdeel van) zo'n afsluitende of uitbreidende postexpansie. Zowel in de minimale postexpansie, in de vorm van een derdepositieafsluiter, als in de non-minimale postexpansie, als eerste paardeel wanneer de expansie meer dan één sequentiële positie beslaat. In deze paragraaf komen eerst de verbaliseringsen als derdepositieafsluiters aan de orde.

Net als de verbalisering als tweede paardeel, komt de verbalisering als derdepositieafsluiter relatief weinig voor in het onderzochte corpus (dertien keer). In de meeste gevallen gaat het dan om een (bijna) volledige letterlijke herhaling van een tweede paardeel van de patiënt om de sequentie mee af te sluiten. De arts start na deze derdepositieafsluiter een nieuwe sequentie. In fragment 4 is hiervan een voorbeeld te zien.

Fragment 4

Huisarts in opleiding B - Consult 5

Tijd: 1:22:07.6 - 1:22:48.7

197. H: heb je ook koorts gehad?
198. (0.4)
199. P: niet dat ik whehet.
200. H: → niet dat je verder weet. ben je:: afgevalen de
201. afgelopen tijd, zonder dat de bedoeling was?
202. (0.5)
203. P: n[ee, huhuhuh
204. H: [nee. nee.

De verbalisering volgt hier op een vraag-antwoordsequentie. In r.200 herhaalt de arts het antwoord van de patiënt en sluit zo de sequentie af. De arts begint zelf direct na de afsluiting een nieuwe vraag-antwoordsequentie. De sequenties zijn hier heel duidelijk gescheiden. Soms is die scheiding minder duidelijk en koppelt de arts haar nieuwe vraag duidelijker aan de verbalisering die functioneert als derdepositieafsluiter van de voorgaande sequentie. In fragment 5.1 is daar een voorbeeld van te zien.

Fragment 5.1

arts E - Consult 2

Tijd: 1:27:49.1 - 1:28:20.1

67. H: =huhuh, en je weet je ook nog alles goed te herinneren?
68. P: ja
69. H: *hja (0.6) °oke°, (0.5) en: (.) heb je behalve (dus) de hoofdpijn en (.) duizelig (bent), nog andere
71. (0.4) klachten? (0.7)
72. P: ja misselijk.
73. H: → misselijk. maar ja maar (0.4) geen andere dingen?
74. P: nee.
75. H: (gewoon) kracht in je armen en benen?
76. P: ja.

In dit fragment is duidelijk een patroon te onderscheiden van elkaar opvolgende vraag-antwoordsequenties. In r. 73 wordt één van deze sequenties door de arts afgesloten met een verbalisering op de derde positie waarin zij het antwoord van de patiënt, *misselijk*, letterlijk herhaalt. Dat de arts juist hier een verbalisering doet kan verklaard worden door het feit dat het bij de arts al bekend was dat de patiënt last had van misselijkheid. Dit was eerder in het gesprek al aan de orde gekomen, zie fragment 5.2.

Fragment 5.2

Huisarts E - Consult 2

Tijd: 1:26:57.8 - 1:27:22.5

25. H: wat heb je toen gedaan?

26. (0.6)
 27. P: u:h toen ben ik naar het huis van m'n vriend gegaan,
 28. ennuh asperientje gehad en zo, (.) (en dan) ben ik
 29. daar even op bed gaan liggen, (0.5) nou en toen
 30. voelde ik der verder niks van, en toen ik thuis was
 toen uh ging m'n hoofd wel kloppen,
 31. H: hmhm
 32. P: - nou en toen gister, (0.3) was ik de hele dag
 misselijk en zo.
 33. H: jeu.
 34. P: en nu nog steeds.
 35. H: nu nog steeds
 36. P: ja ()

Met de verbalisering in r.73, direct gevolgd door *maar ja maar*, geeft de arts aan dat deze informatie haar al bekend was en dat ze juist wil weten of er nog aanvullende klachten zijn. Ze gebruikt de verbalisering als een uiting van *acknowledgement* (aanvaarding) van wat de patiënt in het tweede paardeel heeft gezegd en als opstap voor een nieuwe vraag-antwoordsequentie. De verbinding legt ze met de woorden *maar ja maar*.

Het is niet altijd zo dat verbalisering als derdepositieafsluiter voorkomen in patronen van elkaar opvolgende vraag-antwoordsequenties. In fragment 6 volgt na de vraag-antwoordsequentie, die wordt afgesloten met een verbalisering in derde positie, een stellingname van de arts.

Fragment 6

Huisarts in opleiding A - Consult 1

Tijd: 0:04:13.1 - 0:04:43.9

100. H: ja ja, (.) ja. (1.2) heeft u nog oorpijn?
 101. (0.6)
 102. P: wel een beetje gehad, maar niet als zodanig.
 103. H: nja. links of rechts? (0.5) of allebei?
 104. P: allebei.
 105. H: - *ahllebhei* (0.8) u heeft het even goed te pakken.
 106. P: ja, kheb teventjes, tis zit me dus eventjes echt
 niet lekker.
 107. H: n:ee, nee.

In r.103 stelt de arts een vraag. Deze fungeert als het eerste deel van een ophelderings-vraag-antwoordsequentie. In r.104 geeft de patiënt de geprefereerde respons: een antwoord op de vraag. De sequentie wordt in r.105 afgesloten door de arts, door het letterlijk herhalen van het antwoord van de patiënt. Na een pauze van (0,8) begint de arts zelf een nieuwe sequentie met een stellingname die gevolgd wordt door een geprefereerde tweede stellingname van de patiënt in r.106. De relatief lange pauze tussen de verbalisering in derde positie en de

nieuwe sequentie kan een indicatie zijn dat de arts nog een reactie/toelichting van de patiënt verwachtte.

Kortom, wanneer een verbalisering voorkomt in de derde positie van een sequentie, wil dit soms zeggen dat hiermee de sequentie wordt afgesloten en overgegaan kan worden op een nieuwe sequentie. De informatie die de patiënt in tweede positie heeft gegeven (meestal als antwoord op een vraag van de arts) wordt door de arts herhaald. Daarmee is *alignment* (overeenstemming) ontstaan tussen arts en patiënt. De informatie is nu vastgelegd in een gemeenschappelijk kader. De verbalisering behoeft geen reactie van de patiënt. Opvallend is dat verbalisering als derdepositieafsluiter meestal de vorm hebben van een (bijna) letterlijke herhaling (in paragraaf 4.2 zal nader ingegaan worden op de verschillende vormen die verbalisering kunnen aannemen).

4.1.3 Verbalisering functioneert als *continuer*

Wanneer de verbalisering van de arts functioneert als *continuer*, betekent dit dat de patiënt de verbalisering opvat als luisterrespons. In dat geval vervolgt de patiënt zijn lopende beurt. Artsen positioneren verbaliserende *continuers* vaak in overlap met de lopende beurt van de patiënt. In fragment 7 is hiervan een voorbeeld te zien. Het gesprek bevindt zich nog in de fase van klachtpresentatie, maar de arts heeft het initiatief al wel overgenomen (anamnese).

Fragment 7

Huisarts A - Consult 3

Tijd: 0:12:34.5 - 0:14:04.4

70. A: [en wanneer is dat begonnen?
 71. P: *h dat is begonnen omdat deze dat ik deze meer
 belast[te om deze
 72. A: - [gewoon door de belasting
 73. P: later u:[h ook eigenlijk moest ontzien
 74. A: [ja
 75. A: ja
 76. P: door het eerst in een mitella en [die veel meer die
 bewegingen
 77. A: [precies
 78. A: ja
 79. P: en door die fysiothepepie heb ik gehad h:e [voor die
 arm
 80. A: [ja
 81. P: [*h e
 82. A: [ja dus u hebt uh zelf uh een heel duidelijk gevoel
 83. ik heb um gewoon veel meer gebruikt dan anders en
 84. [langzamerhand is er gewoon pijn ontstaan
 85. P: [ja

86. P: ja is ut uh pijn ontstaa:n.
 87. A: ja
 88. P: ja en door die (.) die val is dat wel de k ja hier
 89. een beetje da dat •h is van t is spierpijn [ma het blijft
 90. A: [en
 91. wanneer was die val nou? want dat heb ik even
 [nog niet helder
 92. P: [dat is ongeveer drie vier weken ge[leden

In r.70 begint de arts een nieuwe vraag-antwoordsquentie. De respons, een antwoord op de vraag die de arts stelde, geeft de patiënt in de r.71-81. Dit is echter geen geprefereerde respons. De patiënt vertelt namelijk niet *wanneer het is begonnen*, wat de arts vroeg, maar formuleert een verklaring ervoor. Ze behandelt de *wanneer*-vraag van de arts dus als *waarom*-vraag. De arts reageert op dit antwoord in eerste instantie met *continuers*. De eerste in r.72 is een verbalisering die de kern weergeeft van het antwoord op de vraag. Zij doet dit al in overlap met het eerste deel van de beurt van de patiënt. Later, in r.74, r.75, r.77, r.78 en r.80 volgen minder uitgebreide luisterresponsen die door de patiënt worden behandeld als *continuers*. Ze blijft haar beurt verder uitbreiden. Vervolgens volgt er in de r.82-89 nog een postexpansie waarin de verklaring voor de klacht nader wordt uitgewerkt en pas in r.91 start de arts een nieuwe vraag-antwoordsequentie waarin ze haar oorspronkelijke *wanneer*-vraag nogmaals stelt.

Kortom, wanneer een verbalisering voorkomt als *continuer*, behandelt de patiënt deze als luisterrespons. In dat geval vervolgt de patiënt zijn lopende beurt. Dit komt uitsluitend voor wanneer de verbalisering door de arts in overlap met de beurt van de patiënt wordt gerealiseerd.

4.1.4 Non-minimale postexpansie: *formulation* in het eerste paardeel

Het merendeel van de verbalisering en gedaan door artsen komt voor als eerste paardeel van een postexpansie van de basissequentie (138 keer). Dit wijst erop dat verbalisering, in elk geval in de specifieke institutionele setting van het huisarts-patiëntgesprek, meestal vragen om een reactie van de tweede spreker. De interactionele functie die aan een verbalisering op deze plaats wordt toegekend, hangt af van het vervolg van de sequentie. De reactie van de patiënt op de verbalisering van de arts, bepaalt hoe deze functioneert voor de patiënt. Uit eventu-

ele nieuwe postexpansies van de arts kan worden afgeleid of de arts een andere functie beoogde dan de patiënt ervan gemaakt heeft. Wanneer je op deze manier naar de fragmenten kijkt, blijkt dat de verbalisering in deze positie interactioneel functioneren als de door Heritage en Watson (1979) beschreven *formulations*. *Formulations* projecteren altijd een beslissing. Deze kan geprefereerd zijn, de patiënt accepteert dan de *formulation* in het tweede paardeel, of gedisprefereerd, de patiënt wijst de *formulation* dan af in het tweede paardeel. In deze paragraaf worden de *formulations* aan de hand van fragmenten uit de geanalyseerde arts-patiëntgesprekken beschreven.

Geprefereerde respons (acceptatie)

In het merendeel van de gevallen dat een arts een *formulation* uit, volgt hierop een geprefereerde instemmende respons. Een instemmend tweede paardeel bestaat veelal uit een minimale instemmingsrespons (meestal *ja*), maar soms volgt op de verbalisering een reactie van de patiënt die nog sterker de *alignment* tussen arts en patiënt aangeeft dan een (minimale) instemmingsrespons. Het gaat dan om het nadrukkelijk bevestigen van de *formulation* van de arts. De patiënt reageert dan bijvoorbeeld met een herhalende respons op de *formulation* van de arts. Ook kan het zijn dat de patiënt impliciet instemmend reageert door meteen tot nadere uitwerking over te gaan.

In fragment 8 is eerst een voorbeeld te zien van een verbalisering waarop een minimale instemmende respons volgt. De gespreksdeelnemers bevinden zich in de fase van de klachtpresentatie van de patiënt. De arts stelt vragen om haar kennis met betrekking tot de klacht van de patiënt uit te breiden.

Fragment 8

Huisarts A - Consult 4

Tijd: 0:20:40.4 - 0:21:33.8

95. A: en hebt u zelf verder al iets geprobeerd behalve
 96. de tijd er overheen te laten gaan?
 97. P: nou uh mijn vrouw zei neem uhm een uh een u:h
 98. (0.4) soort paracetamol maar hepopo hepo=
 =ibuprofen? [ja
 100. P: [ja profen [misschien da trek dan
 trekt t wel () ik
 101. A: [hmhm
 102. P: heb al een paar dagen al geprobeerd en zo [()
 103. A: [ja. en
 104. maakte dat wat uit?
 105. P: nou dat helpt even

106. A: ja:
 107. P: → en da da da:n dan komt het weer terug.
 108. A: → dan komt het weer terug.
 109. P: → ja
 110. A: oke. ja nou en verder bent u eigenlijk goed gezond
 he? [u komt
 111. P: [ja

In r.103 start de arts een nieuwe vraag-antwoordsequentie. De vraag wordt in r.105 en r.107 beantwoord door de patiënt; het eerste deel van het antwoord wordt in r.106 gevolgd door de luisterrespons *ja*: van de arts, die als een *continuer* blijkt te functioneren. In r.108 start de arts een postexpansie door de bewerende uiting in het tweede deel van het antwoord van de patiënt bijna letterlijk te herhalen. In r.109 stemt de patiënt in met de bewerende *formulation*, waarna de arts de sequentie in r.110 afsluit met een derdepositieafsluiter *oke* en een nieuwe vraag-antwoordsequentie begint. Het partikel *oke* vervult hier een registrerende en accepterende functie (Schlegloff, 2007). Hiermee geeft de arts aan het geprefereerde tweede paardeel dat volgde op haar *formulation* te registreren en te accepteren. De informatie is nu vastgelegd in een gemeenschappelijk kennis kader waar beide participanten toegang tot hebben.

De minimale instemming met de *formulation* van de arts, wordt door de patiënt soms nog voorzien van een toelichting. Dat is te zien in fragment 9. In dit geval is het consult nog maar net begonnen wanneer de arts komt met een *formulation*. De arts start deze direct na de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Ze begint met de instemmende respons *ja*, waarna ze met een nieuwe beurtopbouw eenheid, die begint met het voegwoord *want* duidelijk iets toevoegt aan de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Ze maakt hiermee duidelijk dat wat volgt een argument is. In de specifieke setting van het huisartsconsult is dat vermoedelijk de reden van de komst naar de arts.

Fragment 9

Huisarts A - Consult 2

Tijd: 0:00:00.0 - 0:04:36.6
 1. A: zo hallo
 2. P: hallo huh ik heb een(:) ((aazzelend))(.)
 moeder vlekje
 3. A: ja(:)
 4. P: die heb ik van de week uh prongeluk open u:h (0.7)
 gekrabd=
 =ja=
 5. A: =en hij gaat me nou pijn doen
 6. P: ja
 7. A: ja
 8. P: ik weet niet of het gevaar u:h

9. (0.4)
 10. A: ja
 11. (0.5)
 12. P: is
 13. A: → ja want je vroeg je af uh kan het kwaad,=
 14. P: → =ja=
 15. A: → =i is het gevaarlijk,
 16. P: → ja (.) ja want het begint ook pijn te doen en [hij staat
 17. A: [huhuh
 18. P: ook best wel uh (.) recht omhoog

In r.13 heeft de verbalisering een sterk herformulerend karakter, waarop geprefereerde instemming van de patiënt volgt in r.14. Deze minimale instemmingsrespons wordt door de arts in r.15 behandeld als een *continuer*, oftewel een minimale luisterrespons. Ze herformuleert haar eigen *formulation* (ze verricht eigenlijk herstelwerk binnen de *formulation* die daardoor uit twee delen bestaat), met een formulering die dichter bij de oorspronkelijke uiting van de patiënt blijft (zie r.8). Ook nu volgt de instemmende respons *ja* van de patiënt (r.16). Deze wordt echter, na een korte pauze, gevolgd door een herhaling van de instemming *ja* en een toelichting: in dit geval een argument (te zien aan de indicator *want*) voor het zich afvragen (of in de woorden van de patiënt: *het niet weten*), de uiting die door de arts is geverbaliseerd en met welke zij heeft ingestemd. In dit geval lijkt de patiënt zich te willen verantwoorden voor de oorspronkelijke uiting die zij deed.

In de tot nu toe geanalyseerde fragmenten is er sprake van een geprefereerde minimale instemmingsrespons van de patiënt op de *formulation*, eventueel gevolgd door een toelichting hierop. Zoals in de inleiding op deze paragraaf al werd vermeld, maken patiënten ook vaak gebruik van een meer nadrukkelijke bevestiging om hun instemming met de *formulation* van de arts uit te drukken. In fragment 10 reageert de patiënt op het eerste deel van de *formulation* van de arts nog met het minimale instemmingspartikel *ja*. Deze wordt door de arts behandeld als *continuer* en zij vervolgt haar beurt in r.47 met het tweede deel van haar *formulation*. Hierop reageert de patiënt (in overlap) met een nadrukkelijke bevestigingsrespons.

Fragment 10

Huisarts A - Consult 3

Tijd: 0:12:21.9 - 0:14:04.4
 29. P: als ik zo: uh zo doe
 30. A: j]a
 31. P: [m'n jas aantrek en dat soort [dingen

32. A: [ja
 33. P: en vooral 's nachts als ie uh lang in een houding
 u:h is
 34. A: ja
 35. P: danu:h dat is vreselijk pijnlijk
 36. A: ja
 37. (1.0)
 38. A: ja
 39. P: hh dus: h
 40. A: dus
 41. P: ik wou vragen of dr iets u:h (.) ja misschien een
 42. ontstekingsremmer of of
 43. A: ja
 44. P: [iets dergelijks
 45. A: → [u dacht heb ik niet iets nodig van een
 ontstekingsremmer
 46. P: → j[
 47. A: → [of iets dergelijks want t het irriteert de [hele
 tijd
 48. P: → [ja het
 49. irriteert en ik neem wel pijnstillers ik heb dan
 ibuprofen [maar •hh
 50. A: [ja
 51. P: maar ik heb nu het idee dat [dat uh ()
 52. A: [dat helpt niet?
 53. P: afd[oeende is
 54. A: [nee
 55. P: nee
 56. A: nee [oke

Voorafgaand aan de *formulation* die in r.45 begint, presenteert de patiënt haar klacht en vertelt zij over de reden van haar komst. Deze reden herformuleert de arts in r.45 en wordt gevolgd door een minimale instemmingsrespons van de patiënt in r.46. De arts gaat door met de *formulation* in r.47 waar zij de klacht van de patiënt herformuleert. Dit doet zij in overlap met de instemmende reactie van de patiënt op het eerste deel van haar *formulation*, een teken dat zij deze reactie opvat als *continuer*. Dit tweede deel van de *formulation* heeft hier de vorm van een concluderende bewering (zie ook paragraaf 4.2.2). Ze koppelt twee uitingen van de patiënt aan elkaar waardoor een oorzaak-gevolgrelatie ontstaat (oorzaak: *het irriteert de hele tijd*, gevolg: *heb ik niet iets nodig van een ontstekingsremmer of iets dergelijks*). Nog voordat de gehele uiting van de arts afgelopen is, reageert de patiënt in r.48 met het instemmingspartikel *ja*, direct gevolgd door de bevestigende uiting *het irriteert*, waarmee ze een deel van de *formulation* van de arts herhaalt. De *formulation* *het irriteert* van de arts had betrekking op de oorspronkelijke uiting van de patiënt *dat is vreselijk pijnlijk*. De arts gebruikt in haar *formulation* dus een andere, minder uitgesproken, term om het gevoel van de patiënt mee aan te geven. Het feit dat de patiënt hier niet alleen instemmend reageert, maar deze herformulering, waarin duidelijke

lijk sprake is van *downgrading* (zie paragraaf 4.2), ook herhaalt, maakt haar bevestigende respons sterker en vormt in dit geval een opstapje naar de toelichting die volgt.

Soms geeft de patiënt de geprefereerde respons juist minder expliciet. Hij of zij reageert dan niet direct op de *formulation*, maar voegt er informatie aan toe. Dit is goed te zien in fragment 11. Ook hier bevinden de arts en de patiënt zich in een verbaal anamnese-onderzoek in de fase van de klachtpresentatie.

Fragment 11

Huisarts B – Consult 1

Tijd: 0:01:16.9 – 0:02:14.8

46. A: en de eerste keer dan dat [het begon
 47. P: [de eerste keer was uh
snuiten.
 48. A: na ut snuiten. [•h jah
 49. P: [() gewoon snuiten.=
 50. A: → =gewoon snuiten.
 51. P: → en ik ben verder niet verkouwen, maar
 52. A: nee, niet verkouden, hoest[en,
 53. P: [nee,
 54. A: nee, precies. ook verder geen blauwe plekken of dat
 [soort eh
 55. P: [nee
 56. A: dingen zo [(ma)
 57. P: [dacht het ni[et

Hier leidt de *formulation* van de arts (r.50) tot een nadere toelichting van de patiënt. Het koppelwoord *engeeft* duidelijk aan dat ze iets toevoegt aan de uiting die zij eerder deed (en die door de arts werd herhaald). Zo stemt zij impliciet in met de *formulation* van de arts. De arts reageert met een nieuwe *formulation* op de toelichting van de patiënt (r.52). Deze functioneert als instemmingsverzoek in het eerste deel van een nieuwe sequentie in een postexpansie.

In fragment 12 is iets soortgelijks aan de hand. Hier wordt de toelichting van de patiënt echter niet voorafgegaan door het koppelwoord *en*.

Fragment 12

Huisarts A – Consult 3

Tijd: 0:12:34.5 – 0:14:04.4

58. A: nou moek eventjes uh naar kijken en over denken he,
 want wat u [vertelt is dat u u bent gevallen he dat
 59. P: [ja
 A: was in juli [tweeduizendvijf=
 60. P: [u:h uh

61. P: → =j[a: in uh noorwegen ja
 62. A: → [•hh (.) dus in noorwegen
 63. P: → vakantie:
 64. A: vakantie en toen was hebt u aan de rechterkant hebt u t gebroken gehad
 65. P: ja
 66. A: he

De arts begint in r.58 met het samenvatten van de klacht van de patiënt aan de hand van wat deze eerder heeft verteld en het dossier. Ze projecteert daarmee een beslissing die in de vorm van een geprefereerde instemming volgt in r.60 en r.61. In r.61 geeft de patiënt echter ook een toelichting op haar instemming door de plaats van het gebeurde te noemen (*in uh noorwegen ja*). Dit brengt de arts er toe om deze toelichting in r.62, sterk in overlap met de oorspronkelijke uiting van de patiënt, te verbaliseren in een concluderende uiting (*dus in noorwegen*) die door de patiënt wordt behandeld als een verzoek om toelichting, waarmee ze impliciet ook instemt met de *formulation* van de arts. De patiënt licht in r.63 toe: *vakantie*. Opvallend is dat deze toelichting van de patiënt door de arts weer geverbaliseerd wordt. Deze verbalisering functioneert als derdepositieafsluiter (vergelijk: fragment 5 en 6), waarna de arts verder gaat met de samenvatting van de klacht van de patiënt door daarover een nieuwe bewerende uiting te doen in r.64. Hier lijkt de arts de verbaliseringsen te gebruiken om te laten zien dat zij de aanvullende informatie die de patiënt geeft registreert.

Kortom, wanneer de patiënt een geprefereerde respons geeft na een *formulation* in het eerste paardeel van een postexpansie, kan de sequentie zich op verschillende manieren verder ontwikkelen. Een *formulation* geeft de arts de mogelijkheid haar interpretatie van de door de patiënt gegeven informatie te verifiëren. Soms gebeurt dit minimaal met een postexpansie die er als volgt uitziet:

1 ^e paardeel	arts	<i>formulation</i>
2 ^e paardeel	patiënt	minimale instemmingsrespons (meestal: <i>ja</i>)
derdepositieafsluiter	arts	ontvangstbevestiging (<i>ja oke/ oke</i>)

De derdepositieafsluiter van de arts functioneert hier om de informatie te accepteren en te registreren. Het is nu onderdeel van het gemeenschappelijk kenniskader van de arts en de patiënt. Behalve met een minimale instemmingsrespons reageren

patiënten ook vaak met een nadrukkelijke bevestiging, door de *formulation* van de arts bijvoorbeeld (deels) te herhalen. Ook werkt een *formulation* vaak als opstap voor nadere uitwerking van bepaalde informatie. De patiënt wijdt dan, na de minimale instemmingsrespons te hebben gegeven, meteen verder uit over het onderwerp. Soms wordt de minimale instemmingsrespons zelf helemaal overgeslagen en begint de patiënt direct met een nadere uitwerking van de informatie. De patiënt slaat de expliciete instemming dan over en komt meteen met een toelichting. Zo'n impliciete instemming kan bijvoorbeeld tot stand komen doordat de patiënt zijn toelichtende respons begint met de indicator *en* die aangeeft dat er een aanvulling volgt (en bijvoorbeeld geen contrasterende bewering zoals bij de indicator *maar* het geval zou zijn). Een toelichting van de patiënt kan een verantwoording van de oorspronkelijke uiting bevatten, maar ook uitbreiding van de informatie.

Hoewel gedisprefereerde responsen op *formulations* in de bestudeerde arts-patiëntgesprekken nauwelijks voorkomen, is het interessant te zien wat er in die gevallen interactioneel gebeurt.

Gedisprefereerde respons (afwijzing)

Wanneer een *formulation* wordt gevolgd door een disprefereerde respons van de patiënt, wijst deze de *formulation* van de arts af. Soms doet de patiënt dit expliciet, met de minimale respons *nee*, maar altijd volgt er een toelichting over hoe het dan wel zit. Zie fragment 13. Het consult zit nog in de beginfase, maar de arts nam het initiatief al van de patiënt over en start in r.15 met de anamnese.

Fragment 13

Huisarts C – Consult 1

Tijd: 0:02:35.3 – 0:02:57.6

15. A: [°ja°. hoe is het ontstaan?
 16. (1.5)
 17. P: u:hm (1.2) u:h tijdens uh (.) we w ik was met m'n vriend uh had ik seks. (0.6) en toen uh me maar niet
 18. echt in het bijzonder of zo t ik leunde wel ver
 19. achterover,
 20. A: ja
 21. P: maaruh
 22. (1.1)
 23. A: → dus je leunde achterover, op je armen?
 24. P: ja.
 25. (0.3)
 26. A: → en schoot het er plotseling in.
 27. P: → nee
 28. A: nee

29. P: na afloop toen, nou j[na douchen (0.4) en toen u:h
(.) de zei ik van

30. A: [ja

31. P: he ik heb helemaal een doof gevoel; [maar ja goed
toen gingen we ook

32. A: [ja

33. P: slapen, en toen de volgende dag dacht ik he; het is
nog niet weg, en de volgende ochtend he; het is nog
34. niet weg. •hh maar langzaam trok het we:l (0.3) wat
35. weg, maar het ga nou ja het is nu anderhalve week
36. geleden, en toen dacht ik van noa

37. (1.4)

38. A: °ja° (0.4) dus het is vrij plotseling ontstaan,

39. P: ja.

40. A: he en omdat je erop leunde.

41. P: ja.

42. (0.3)

43. A: niet oorspronkelijk, maar pas de volgende morgen
merkte je het,

44. P: nee, direct. [na ne direct na afloop [toen zouden we
dou[chen,

45. A: [oh [ja

[(hm)

46. P: °nou ja°.

47. (0.5)

48. A: ja (1.5) •hh en u:h (.) kun je ut (.) gevoel
omschrijven?

De *formulation* in fragment 13 bestaat uit twee delen en volgt op een vraag-antwoordsequentie. Op het eerste deel van de *formulation*, die door de arts in een vraagvorm wordt gedaan in r.23, volgt nog een geprefereerde minimale instemmingsrespons van de patiënt (r.24). Dat de arts haar *formulation* vervolgens uitbreidt, is te zien aan het koppelwoord *en*. Dit deel wordt niet in vraagvorm gegeven, maar heeft de vorm van een bewering waarmee de patiënt kan instemmen of die zij kan afwijzen. In r.27 volgt een gedisprefereerde respons met de minimale afwijzingsrespons *nee*. De arts herhaalt deze reactie, wat door de patiënt wordt behandeld als *continuer*. Zij vervolgt haar beurt in r.29 met een (uitgebreide) toelichting waarin zij een alternatieve bewering uit. Opvallend is wel dat de arts de *formulation* uit r.26 na deze uitleg van de patiënt in r.38 opnieuw geeft. Ten opzichte van de eerste *formulation* is er wel *downgrading* (afzwakking) opgetreden, *schoot er in* wordt *is ontstaan* en *plotseling* wordt *vrij plotseling*. Nu wordt de *formulation* wel gevolgd door instemming van de patiënt (r.39). Wanneer de arts dan echter verder gaat met verbaliseren wordt het derde deel van haar *formulation*, dat in r.43 wordt gedaan, weer afgewezen door de patiënt. Ook nu doet zij dit eerst met een minimale afwijzingsrespons (*nee*), maar laat deze nu meteen volgen door een alternatieve bewering (*direct*) die zij vervolgens nog specificeert (*na ne direct na afloop toen zou-*

wen we douchen). De arts reageert hier met instemmende luis-terresponsen op (r.45) waarna de sequentie wordt afgesloten en de arts een nieuwe vraag-antwoordsequentie start.

In fragment 14 wordt een tweetal postexpansies gerealiseerd, waardoor de gehele sequentie het karakter van *herste/krijgt*. Er lijkt sprake te zijn van precisering van de patiëntbijdragen in de *formulations* door de arts. De arts gebruikt de *formulations* om steeds een beetje meer te weten te komen over de klacht van de patiënt. Ze herhaalt de reeds bekende informatie en vult deze aan (zie ook paragraaf 4.2 over uitbreidingen).

Fragment 14

Huisarts A - Consult 2

Tijd: 0:12:21.9 - 0:14:04.4

153. A: hoe lang heb je dit nu?

154. P: nu heb ik het ongeveer bijna: vier week

155. A: → vier weken had je het voor de volgende uhm u::h
156. voor de vorige menstruatie aan?

157. P: mm: nee na die tijd

158. A: → na die tijd,=

159. P: =ja

160. A: → nadat je ongesteld [bent

161. P: [ja

162. A: → uh u::h was geworden is het begonnen [(.) en] nu

163. P: [hm:hm:]

164. A: is het nog steeds zo en nu ben je weer ongesteld
hoeveelste dag?

165. P: de: derde

De sequentie begint in r.153 met een vraag die gesteld wordt door de arts. De patiënt geeft hier een geprefereerde respons op door antwoord te geven op deze vraag in r.154. Dit antwoord is voor de arts aanleiding om een postexpansie te starten die gekarakteriseerd kan worden als een ophelderingsvraag-antwoordsequentie. De arts stelt in r.155-6 een verhelderingsvraag die de vorm heeft van een *formulation* met uitbreiding. De patiënt reageert daar in r.157 op. Ze wijst de bewerende uiting in de vraag van de arts af met de minimale respons *nee*, waarna ze een alternatieve bewering doet: *na die tijd*. Deze bewering wordt vervolgens in r.158 herhaald door de arts. De patiënt reageert in r.159 op deze *formulation* met de geprefereerde minimale instemmingsrespons *ja*. Deze informatie is nu vastgelegd, er is sprake van *alignment* tussen arts en patiënt. Dit is voor de arts aanleiding om deze zojuist vastgelegde kennis (*na die tijd*) uit te breiden in een nieuwe *formulation* waarmee de patiënt op twee momenten instemt: in r.161 met de minimale instemmingsrespons *ja* en in r.163

met de instemmende respons *hm:hm*: De arts start direct na afronding van de *formulation* een nieuwe vraag-antwoordsequentie in r.164.

Kortom, wanneer een *formulation* gevolgd wordt door een gedisprefereerd tweede paardeel, betekent dit dat de patiënt de interpretatie van de arts afwijst. Hij of zij doet dit vaak met de minimale afwijzingsrespons *nee*, maar soms ook met een minder sterke negatie die bijvoorbeeld begint met *nou*, wat een indicator is voor een gedisprefereerde respons. In alle gevonden gevallen voorziet de patiënt zijn of haar afwijzing van een toelichting. Meestal is dit een alternatief voor de interpretatie in de *formulation* van de arts met een verantwoording daarvan. Opvallend is dat de arts vaak opnieuw met een *formulation* komt na zo'n gedisprefereerde respons van de patiënt. Zo krijgt een dergelijke post-expansie vaak het karakter van *herstel*. Gezamenlijk komen de arts en de patiënt vervolgens tot de juiste informatie en kunnen verder met de volgende sequentie.

4.1.5 Gesprekstructurende verbaliseringsen

Er zijn in het corpus een aantal verbaliseringsen gevonden die, naast de lokale functie als instemmingsverzoek, nog een andere functie vervullen (negentien keer). Deze verbaliseringsen komen voor in het eerste paardeel van een basispaar en vervullen ook een gesprekstructurende taak. De arts komt in die gevallen terug op een topic dat eerder in het gesprek al ter sprake is geweest. Er is sprake van *skip-connecting*. Sacks (1995) beschrijft *skip-connecting* als het fenomeen dat zich voordoet wanneer een spreker een uiting formuleert die refereert aan een eerdere uiting, maar die niet gerelateerd is aan het direct daarvoor besproken topic. Bij *skip-connecting* maakt een spreker dus een sprongsgewijze terugkoppeling met een beurt die verder terug ligt. Meestal is het een beurt van de betreffende spreker zelf, maar bij verbaliseringsen gaat het juist om een beurt van de andere spreker, in dit geval de patiënt.

In fragment 15 is een voorbeeld te zien van een gesprekstructurende verbalisering die nog relatief dicht bij de oorspronkelijke uiting van de patiënt ligt. De arts komt in r.53 terug op iets wat de patiënt in r.27 heeft gezegd door deze oorspronkelijke uiting met een *formulation* te verbaliseren.

Fragment 15

Huisarts in opleiding A - Consult 1

Tijd: 0:01:51.4 - 0:03:09.6

26. P: en dan stoom ik wat en en het blijft maar, en dan
27. - heb ik hier een (.)plek zittn, (0.5) want ik hoest nogal behoorlijk,
28. H: j:a,
29. (0.9)
30. P: en ik denk, nou daar benk toch een beetje flauw van,
31. ik wil der toch even u:h [(naar laatn kijken)
32. H: [j::a, (.) wat vervelend.
33. P: °ja ma maarja (maar) goed.
34. H: ja, (.) hoelang speelt dit nu al?
35. (1.1)
36. P: bedoelt u?
37. H: hoelang (.) heeft [u die klachten?
38. P: [nou eigenlijk (.) vorige week de
39. hele week al, maarja goed toen hek het dan een
40. beetje gehouwen ma (0.8) ma dan benk is weer koud en
41. dan ben 'k is weer warm, ik heb ook geen idee dak
42. kooorts heb eigenlijk maar, (0.5)
43. H: nee.
44. (0.8)
45. P: ma ut voelt gewoon helemaal niet prettig aan.
46. H: nee. (.) °h en was er nou s:pecificke reden waarom u
47. dacht en nu ga ik k (0.5) [deze afspraak make?
48. P: [ja, omda ik hier omdat ik
49. hier dus dan een plekje heb zittn wat niet lekker is en en (daar) achteraan,
50. H: j:a:,
51. P: en dan h hier met die neus mest, ik weet wak daar verder aan doen moet.
52.
53. H: - ja, duidelijk. (1.9) u vertelde, ook veel last van hoesten,
54. P: ja.
55. (0.6)
56. H: komt er dan ook wat op, bij het hoesten?
P: u:H: de ene keer wel, de andere keer niet.

Zoals eerder besproken ligt het initiatief in de fase van de klachtpresentatie over het algemeen bij de patiënt. Zo ook in het consult waaruit fragment 16 afkomstig is. De patiënt vertelt wat haar klachten zijn terwijl de arts in eerste instantie slechts luisterresponsen geeft (r.28, r.32). In r.27 vertelt de patiënt dat zij *nogal behoorlijk hoest*. Vervolgens gaat zij door met haar klachtpresentatie en in r.34 begint de arts aan de anamnese fase aan de hand waarvan zij meer te weten komt over de klacht van de patiënt. Na twee vraag-antwoordsequenties in de r.34 t/m r.46 en r.46 t/m r.53, een sterke ontvangstbevestiging in r.53 (*ja, duidelijk*) en een relatief lange pauze van (1.9), komt de arts met een *formulation* terug op informatie die de patiënt in r.27 al had gegeven. Dit is duidelijk te zien aan de meta-communicatieve constructie *u vertelde*. Hiermee geeft de arts aan dat wat volgt niet haar woorden zijn, maar haar interpretatie van de woorden van de patiënt, een verbalisering dus. Ze

maakt gebruik van *skip-connecting* om terug te komen op een topic dat de patiënt eerder al introduceerde. De patiënt reageert in r.54 met de instemmende respons *ja*. Het topic *hoes-hoesten* is nu (opnieuw) geïntroduceerd en de arts stelt een nieuwe vraag binnen dit topic in r.56.

In fragment 15 volgt de verbalisering nog vrij snel op de oorspronkelijke uiting. In fragment 16 is de tijd die verstrijkt tussen de oorspronkelijke uiting en de verbalisering groter. Bovendien is het nu, in tegenstelling tot in fragment 16, niet de arts die na de respons van de patiënt doorgaat over het zojuist met de verbalisering aangesneden topic, maar geeft de patiënt, na een nadrukkelijke bevestigende respons, zelf meteen een toelichting (r.154-5 en r.157) die bestaat uit een verantwoording voor de oorspronkelijke uiting.

Fragment 16

Huisarts in opleiding A – consult 1

Tijd: 0:02:15.2 – 0:02:45.6

37. H: hoelang (.) heeft [u die klachten?
38. P: [nou eigenlijk (.) vorige week
39. de hele week al, maar ja goed toen heb ik het dan een
40. → beetje gehouwen ma (0.8) ma dan ben ik is weer koud
en dan ben 'k is weer warm, ik heb ook geen idee
41. P: → dak koorts heb eigenlijk maar,
42. (0.5)
43. H: nee.
44. (0.8)
45. P: ma ut voelt gewoon helemaal niet prettig aan.
46. H: nee. (.) *h en was er nou s:pecificke reden waarom
47. u dacht en nu ga ik k (0.5) [deze afspraak make?

r. 48 t/m r. 146 zijn weggelaten.

147. H: [huhuhuhu [twee, twee
148. daders die samen (.) hè (0.8) dit hebben
149. veroorzaakt. ja. *hHh b:ent u nog afgevalle:?
150. (0.7)
151. P: nou, daar heb ik niet zo acht op gegeven.
152. H: → °nee, nee, oke°. (1.0) en u::hm: (.) de koorts zei
153. u van, wel warm kou[d, maar niet
154. P: → [ja:, wel warm koud ma koorts
155. nou uh i ik ik meet nie zo gauw koorts hoor,
156. H: n:ee,
157. P: kheb niet zo'n oording, en dat andere vink lastig.
158. H: hm ja. (0.6) *h heeft u verder ooit wat met de
159. longen gehad? (1.0)
160. P: u:hHh ja hee:l vroeger, (.) uh (0.9) ja ()
161. of zoiets dergelijks. [hee:l vroeger,
162. H: [o ja
163. H: ja

In r.37 begint de arts aan de anamnese. Op de vraag die zij stelt krijgt ze in r.38 een geprefereerde respons in de vorm van een antwoord. De patiënt weidt in haar beurt echter uit over haar

klachten. Dat was niet de respons die de vraag van de arts projecteerde en zij gaat er ook niet op in. Ze stemt wel in met de beweerende uiting van de patiënt, maar deze instemming is minimaal (*nee*) en kan ook gezien worden als luisterrespons/ontvangstbevestiging. Zo behandelt de patiënt deze uiteindelijk ook, ondanks de relatief lange pauze (0,8), door in r.45 haar beurt uit te breiden met een stellingname die aansluit bij de bewering die zij eerder deed. Ook hier reageert de arts met een minimale (instemmings)respons waarna ze doorgaat met de volgende vraag in het door haar aangestuurde anamnese fase. Deze vraag heeft geen betrekking op de uitingen die de patiënt deed. Pas veel later in de anamnese komt de arts terug op de bewering die de patiënt in r.39-41 deed. Net als in fragment 15 volgt de verbalisering op een afgesloten topic. De arts geeft dit in r.152 aan met een derdepositieafsluiter (*nee, nee, oke*) waarna ook hier een relatief lange pauze volgt (1.0). Na enige aarzeling (*en u::hm:*) start de arts een nieuwe sequentie en past daarbij *skip-connecting* toe. Dat ze refereert aan een eerdere uiting van de patiënt is te zien aan het meta-communicatieve element *zei u*. De patiënt grijpt de verbalisering hier aan om, zelfs nog in overlap met de uiting van de arts, het topic dat nu opnieuw is aangesneden verder uit te werken door een verantwoording te geven van de oorspronkelijke uiting die zij deed.

In de twee voorgaande fragmenten zorgen meta-communicatieve elementen als *u vertelde* en *zei u* ervoor dat de koppeling met een eerdere uiting van de patiënt expliciet wordt gemaakt. Er zijn echter ook verbaliserings gevonden waarin een dergelijk meta-communicatief element ontbreekt. Een voorbeeld hiervan is te zien in fragment 17. Ook hier snijdt de arts een topic dat eerder aan de orde is geweest opnieuw aan. Zij gebruikt echter geen meta-communicatieve formulering om dit aan te geven, maar herformuleert alleen de oorspronkelijke uiting van de patiënt.

Fragment 17

Huisarts C – Consult 2

Tijd: 0:05:44.0 – 0:06:53.7

9. A: dus u komt hier omdat u al veertien dagen last van de schouderbladen heeft, (.) en u weet eigenlijk niet
11. P: wat ut is.
12. A: wat ut is.
13. P: → nee ik denk een keer in de kou wezen maar, (.)
14. → misschien heb ik mij wel ergens mee vertild of zo, ik

15. weet het niet. (0.6) het doet mij zeer.
 16. (0.9)
 17. A: wanneer heeft u der last van?
 18. P: nou eigenlijk (.) nou niet altijd, heel raar. (0.8)
 19. meest smorgens, as ik van bed af kom. (0.8) dan doet
 20. het mij hier echt zeer, (hier). (1.3)
 21. A: kunt u het uitlokken? (0.4) °de pijn°?
 22. (0.9)
 23. P: uitlokken?
 24. A: ja. (1.4) jas aantrekkun:h,
 25. P: nee, [() nee nee.
 26. A: [iets pakken
 27. A: (boven de hand)=
 28. P: =(heb ik) helemaal geen last van. (0.9) (dat) ,
 29. as ik bepaalde dingen doe, (1.3) dan schiet ut mij
 30. uter eem in. (0.6)
 31. A: en wat voor bepaalde dingen zijn dat?
 32. P: nou as ik, zoals gistermorgen, (0.4) °van een
 33. vriendin af, kga zitten te brood eten° (0.7) ga
 34. achterover , (.) en toen schoot mij da (.) t weer
 35. in. (0.5) en das hier, dat zie je hierachter. (0.3)
 36. A: zo onder t behabandje onge[veer
 37. P: [ja (ut zit) hier onder
 38. het behabandje daar ja.
 39. (0.9)
 40. A: → en u heeft u (.) zelf al afgevraagd, goh ist geen
 41. kou? (0.4)
 42. P: ja: (.) kou, [ja.
 43. A: → [heb ik mij vertild?
 44. P: precies.
 45. A: °ja°. (0.4) wat heeft u gedaan, de afgelopen dagen?
 46. P: nou ik heb u:h (0.9) dus thuis () zorg, (0.6) u:h
 47. hulp te, voor in de huishouding. •hh maar dan doe ik
 48. dus ook wat, (0.6) en dan (.) doet mij dat echt
 49. zeer. (1.1) vooral as ik mij moet bukken, (1.0) en
 50. u:h ja bepaalde dingen zoals ramen lappen en zo, dat
 doe ik al niet meer. (0.8) want dat doet mij echt
 zeer.

De formulering *u heeft u zelf al afgevraagd* in de verbalisering van de arts verwijst hier naar de oorspronkelijke formulering van de patiënt *ik denk*. De arts verdeelt haar verbalisering in twee delen en geeft deze vorm in ja/nee-vragen. Ze projecteert zo twee keer een beslissing (*ja of nee*) die door de patiënt beide keren in de vorm van een nadrukkelijke bevestiging (in r.42 en r.44) wordt gedaan (zoals ook in fragment 16 het geval was). Opvallend is dat de functie van het herintroduceren van het topic hier niet wordt gebruikt op dezelfde als in de voorgaande fragmenten gebeurde, doordat noch de arts noch de patiënt het onderwerp verder uitwerkt. De verbalisering functioneert hier slechts als een verzoek van de arts aan de patiënt om haar interpretatie van wat de patiënt eerder vertelde te bevestigen.

Het herintroduceren van een topic wordt vooral gedaan in de anamnese fase. De arts komt dan terug op iets wat de patiënt al in de fase van klachtpresentatie heeft gezegd. Soms overstijgen

verbaliserings echter meer fasen en worden ze door artsen ingezet in de adviserende fase. In fragment 18 is te zien hoe de arts een eerdere uiting van de patiënt gebruikt ter ondersteuning van het advies dat ze zal gaan geven. Het topic is al eerder geïntroduceerd (r.238).

Fragment 18

Huisarts A - Consult 3

Tijd: 0:12:34.5 - 0:18:07.2

45. A: [u dacht heb ik niet iets nodig van een ontstekingsremmer
 46. P: ja
 47. A: [of iets dergelijks want t het irriteert de [hele tijd
 48. P: [ja
 49. het irriteert en ik neem wel pijnstillers ik heb dan ibuprofen [maar •hh
 50. A: [ja
 51. P: → maar ik heb nu het idee dat [dat uh ()
 52. A: [dat helpt niet?
 53. P: → afd[oeende is
 54. A: [nee
 55. P: nee
 56. A: nee [oke

r. 57 t/m 237 zijn weggelaten.

238. A: ja precies •hh uhm op zich wat u gedaan hebt die
 239. ibuprofen is eigenlijk helemaal nie zo slecht. [hoeveel milligram hebt u genomen?
 240. P: [nee?
 241. P: •hh u:h (0.4) vijf vijftig mili nee wat vijftig milligram ge[loof ik
 242. A: [nee dat kan niet dat is de diclofenac
 243. denk ik
 244. P: [nee:: het is u:h (.) vier uh
 245. A: [wel ibuprofen?
 246. A: vierhonderd milli[gram?
 247. P: [vierhonderd milligram
 248. A: ok[e
 249. P: [ja nee dan is [het da
 250. A: → [ja. en da u vindt dat helemaal niet helpen?
 251. P: → •h nou: (.) jewel het is zoiets st maja t tis niet
 252. → helemaal weg [laak het zo zeggen
 253. A: [en nam u het dan regelmatig of niet?
 254. (0.3)
 255. P: niet regelmatig nee ik af en toe dacht ik van nou ik neem maar es weer een. niet regel[matig
 256. A: [oke •h nou
 257. [oke •h nou
 258. wat ik dan zou willen voorstellen is dat we eerst doen is dat u veertien dagen lang •h gewoon drie keer op een dag de ibuprofen neemt. drie keer op een dag vierhonderd mocht dat niet helpen drie keer op een dag zeshonderd. maar om de acht uur. (0.4)
 262. P: om de [acht uur
 263. A: [dat heeft namelijk een ontstekingsremmend effect
 264. P: o j[a
 265. A: [dan neemt die zwellung neemt af [en dan zou je
 266. P: [ja
 267. A: het makkelijker kunnen bewegen. verder is dus uw

268. erving dat bewegen dat dat prettig is.
269. P: ja ja [dat uh
270. A: [dat dat goed is
271. P: ja

Hier staan de oorspronkelijke uiting van de patiënt en de verbalisering van de arts dus nog verder uit elkaar dan in de voorgaande fragmenten het geval was. Dat de arts verwijst naar een mening die de patiënt eerder in het gesprek heeft geuit, wordt duidelijk door de constructie *u vindt*. De arts formuleert de verbalisering in een vraagvorm zodat de patiënt in staat wordt gesteld de verbalisering te bevestigen, af te wijzen of te nuanceren, zoals in dit geval gebeurt (r.251-3). Van alle in de data aangetroffen gesprekstrukturerende verbaliseringen is dit de enige waarop een gedisprefereerde respons volgt. Dit zou te maken kunnen hebben met *upgrading* (versterking) van elementen uit de oorspronkelijke uiting (zie paragraaf 4.2.2.3). het topic is al geïntroduceerd waardoor de verbalisering hier meer lijkt te functioneren als ondersteuning van het advies dat nog zal volgen. Een belangrijk doel van het medisch consult in de spreekkamer van de huisarts is immers dat de patiënt het uiteindelijke advies van de arts accepteert.

Kortom, wanneer een verbalisering gepositioneerd wordt in een eerste paardeel van een nieuwe sequentie en ver wegstaat van de oorspronkelijke uiting is er sprake van een bijkomende functie. Behalve dat deze een instemming (achttien keer) of afwijzing (één keer) projecteert, functioneert de verbalisering ook als interactioneel middel om een topic te herintroduceren. De arts past *skip-connecting* toe en refereert met de verbalisering aan een uiting van de patiënt die eerder is gedaan dan de direct voorgaande uiting. Ze maakt dus een sprongsgewijze terugkoppeling naar een beurt die verder wegligt. Soms zitten er maar enkele sequenties tussen, maar er zijn ook gevallen waarin de afstand erg groot is. Bijvoorbeeld wanneer de arts in de adviserende fase terugkomt op een uiting van de patiënt in de fase van klachtpresentatie. Meestal worden de gesprekstrukturerende uitingen door artsen gedaan wanneer de voorgaande sequentie en het voorgaande topic zijn afgesloten. De verbalisering functioneert dan duidelijk als middel om een topic te herintroduceren. Soms functioneren deze verbaliseringen echter niet om een topic te herintroduceren, maar ter uitbreiding van een al geïntroduceerd topic.

In deze paragraaf is in kaart gebracht op welke sequentiële posities verbaliseringen in de geanalyseerde huisarts-patiëntgesprekken zijn teruggevonden. Op deze verschillende posities nemen verbaliseringen bepaalde vormen aan (van letterlijke herhaling tot complete herformulering). Deze vormen, en met name de specifieke communicatieve functies die hieraan verbonden zijn, staan in het tweede deel van de analyse centraal. Dit wordt in de volgende paragraaf beschreven.

4.2 Lokale communicatieve functies

In hoofdstuk 2 was al te lezen dat het begrip verbaliseringen relatief nieuw is in de conversatieanalytische literatuur. Termen die vaker voorkomen zijn (letterlijke) herhalingen, herformuleringen en *formulations*. Deze overlappen elkaar vaak deels waardoor het lastig is een exact onderscheid te maken. Omdat in dit onderzoek is gefocust op het in kaart brengen van alle uitingen van artsen die verwijzen naar een voorgaande uiting van de patiënt, is gekozen voor de overkoepelende term verbaliseringen (in navolging van Van Kruiningen, 2010, zie ook paragraaf 2.4). Verbaliseringen kunnen variëren van letterlijke herhalingen tot volledige herformuleringen. Deze vormgeving en vooral de daarmee samenhangende communicatieve functies die *formulations* hierdoor vaak krijgen, staan in deze paragraaf centraal.

4.2.1 Letterlijke herhalingen en herformuleringen als instemmingsclaim

De verbaliseringen die voorkomen als bevestigend tweede paardeel, *continuer* en de meeste derdepositieafsluiters, nemen de vorm aan van een (gedeeltelijke) letterlijke herhaling. Letterlijke herhalingen zijn vrijwel nooit volledig identiek aan de vorige beurt. Zo zal er altijd sprake zijn van verschil in prosodie tussen de eerste uiting en de herhaling, en vaak wordt slechts een gedeelte van een vorige beurt letterlijk herhaald. Onder letterlijke herhalingen wordt in dit onderzoek dan ook bedoeld op die uitingen waarin dezelfde woorden worden gebruikt. Er kan dus sprake zijn van kleine 'verschuivingen', maar inhoudelijk verandert de uiting niet.

Het feit dat deze verbalisering geen inhoudelijke veranderingen bevatten, maar slechts de oorspronkelijke uiting van de patiënt herhalen, zou een teken kunnen zijn dat ze ook niet bedoeld zijn om een reactie te projecteren. Er is ook geen sprake van herstelwerk, de arts en de patiënt lijken beiden te weten dat de herhaling slechts functioneert als interactieel middel om de kennis vast te leggen, voor verder gegaan wordt met het gesprek. Deze verklaring gaat echter niet helemaal op. Er zijn in de data twee afwijkende gevallen gevonden waarin de verbalisering van de arts wel een inhoudelijke verandering bevat, maar toch functioneert als derdepositieafsluiter en dus geen respons projecteert. Zo is er in fragment 19 sprake van een verbalisering met daarin een element van *downgrading*, oftewel afzakking.

Fragment 19

Huisarts in opleiding B – Consult 5

Tijd: 1:19:55.5 – 1:20:36.0

101. H: en is dat ook van de afgelopen twee dagen?
 102. P: u:h ja.
 103. H: ja. •h en heb je het idee dat het bij elkaar hoort zeg maar, die pijn?
 104. (0.5)
 105. P: → dat weet ik niet.
 106. H: → nee, dat kun je [niet zo goed zeggen, nee. •hhh en uh zakt de pijn
 107. P: [huhuh
 108. H: vandaag uhhhhhhh k weer af? of blijf je constant last houden?

De arts en de patiënt bevinden zich in de anamnese fase. De arts stelt vragen, de patiënt geeft antwoord. Als de arts in r.103 een vraag stelt over de aard van de pijn die de patiënt ervaart, reageert zij hier in r.105 geprefereerd op door antwoord te geven. Ze geeft echter aan *dat niet te weten*. De arts reageert hier in eerste instantie op met de minimale ontvangstbevestiging *nee*. Ze voegt hier echter direct een verbalisering van het antwoord van de patiënt aan toe, gevolgd door wederom het minimale, in dit geval instemmende, *nee*. In haar verbalisering zwakt ze het sterk geformuleerde *niet weten* van de patiënt af naar *het niet goed kunnen zeggen*. Hiermee geeft de arts impliciet aan te denken dat de patiënt het wel weet, maar het moeilijk onder woorden kan brengen. Dit is een fundamentele inhoudelijke verandering die in alle vergelijkbare, in de data aangetroffen gevallen een respons projecteert.

Ook in fragment 20 is er sprake van een inhoudelijke verandering in de verbalisering van de arts, die toch geen respons projecteert. Hier gaat het om een *upshot*, oftewel een concluderende uiting die de arts uit een voorgaande, langere uiting van de patiënt haalt.

Fragment 20

Huisarts in opleiding B – Consult 5

Tijd: 1:18:42.5 – 1:19:28.2

60. H: •hh en voel je je dan ook nog kortademig? als je zeg
 61. maar kun je nu minder zeg maar dan dat je voorheen doet?
 62. P: uhm: (.) nee niet echt maar tis doet wel (.) zeer en
 63. → ik ben (.) ook vaak moe en zo (.) geworden (.) de
 64. laatste paar weken is echt uh (.) zoveel school en zo dus,
 65. H: → ja (.) dus das eigenlijk wel wat langer, (.) en die
 66. benauwdheid dat kortademige is [dat dan
 67. P: [is van eergister.

In dit fragment is de verandering nog duidelijker zichtbaar dan in fragment 20 het geval was. Bovendien laat de tag *eigenlijk* duidelijk zien dat het gaat om een herformulering. Hier is het dan ook nog opvallender dat er geen reactie van de patiënt wordt geprojecteerd.

4.2.2 Formulations

In deze paragraaf zal verder ingegaan worden op de verschillende verschijningsvormen, en daarmee samenhangende functies, waarin *formulations* voorkomen.

Heritage en Watson (1979) hebben het over *formulations* als “uitingen die zaken beschrijven die eerder in een gesprek zijn besproken”. Zij doelen dan met name op *formulations* die gedaan worden door de nieuwsontvanger (die dus vaak uitingen van de nieuwszender formuleert). Heritage en Watson noemen drie verschijningsvormen waarin *formulations* voorkomen:

- *Preservation*: de oorspronkelijke uiting wordt gehandhaafd.
 - *Deletion*: een deel van de oorspronkelijke uiting wordt weggelaten.
 - *Transformation*: de uiting bevat een verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting.
- Daarbij onderscheiden ze twee typen *formulations*:
- *Gists*: de formulation bevat de kern van wat eerder is gezegd.

- *Upshots: de formulation bevat een conclusie naar aanleiding van wat eerder is gezegd.*

Het type *gist* komt in de data met name voor in de verschijningsvormen *preservation* en *deletion* en het type *upshot* in de verschijningsvorm *transformation*. Hoe die verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting wordt vormgegeven kan weer sterk verschillen. *Formulations*, gedaan door huisartsen, komen vooral in de eerste fase(n) van arts-patiëntgesprekken regelmatig voor. Vanuit de theorie van Heritage en Watson (1979) en de kennis die bestaat met betrekking tot de structurering van het medisch consult in de huisartsenpraktijk, valt dit goed te verklaren. Juist in de eerste fase van het consult, die van de klachtpresentatie en anamnese, neemt de arts, zoals eerder beschreven, de interactionele rol aan van nieuwsontvanger, terwijl de patiënt op dat moment de nieuwszender is.

Vanuit de typering van Heritage en Watson zal in deze paragraaf gekeken worden naar de *formulations* die in de arts-patiëntgesprekken, die in het kader van dit onderzoek zijn geanalyseerd, zijn gevonden. Ten eerste wordt in deze paragraaf het type *gist* besproken. Hierbij worden onder *preservation* en *deletion* de (gedeeltelijke) letterlijke herhalingen besproken die de kern van de oorspronkelijke uiting weergeven. Ten tweede zal de *upshot* aan bod komen. Bij dit type *formulations* is sprake van *transformation*. Soms alleen doordat de arts bepaalde zaken die de patiënt heeft gezegd aan elkaar koppelt, maar vaak ook ingrijpender door gebruik te maken van elementen van *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding.

Formulations of gist

In *formulations of gist* is er sprake van *preservation* (handhaving) of *deletion* (weglating). Deze karakteriseren *formulations of gist* waarin de oorspronkelijke uiting van de patiënt volledig wordt gehandhaafd (*preservation*: letterlijke herhaling) of waar in een deel van de uiting wordt weggelaten (*deletion*: gedeeltelijke letterlijke herhaling). In fragment 21 is een voorbeeld te zien van *preservation* in een *formulation of gist*.

Fragment 21

Huisarts A - Consult 2

Tijd: 0:06:19.0 - 0:07:25.5

132. A: maar goed je hebt daar bobbels dus daar moet ik

133. gewoon naar kijken ↑he hoe zit je in je menstruatiecyclus?
 134. P: goed
 135. (0.4)
 136. A: ja wat betekent dat ik bedoel wanneer=
 137. P: → =ik ben nu ongesteld=
 138. A: → =je bent nu ongesteld
 139. P: ja
 140. A: is het ook zo dat je gemerkt hebt dat die bobbels dat dat uh uh een relatie heeft met je ongesteldheid?
 141.

De arts handhaaft de uiting van de patiënt geheel door deze woordelijk te herhalen. Hiermee markeert zij de uiting van de patiënt en projecteert een beslissing, die geprefereerd wordt geleverd met de instemming in de tweede positie van de post-expansie in r.138. Vervolgens stelt ze in r.140 een vervolgvraag over hetzelfde topic. Zoals in de inleiding van deze paragraaf al is vermeld, kan er eigenlijk niet gesproken worden van letterlijke herhalingen, en daarmee van *preservation*, omdat er altijd wel een verschil waar te nemen is in intonatie en/of prosodie. Dit is in deze *formulation* goed te zien. De arts legt nadruk op het woordje *nu*. De *formulation* wordt echter woordelijk herhaald, wat in dit onderzoek wordt behandeld als letterlijke herhaling en *preservation*.

In fragment 22 is een voorbeeld te zien van een verbalisering waarin de arts niet de gehele, maar slechts één woord uit de voorgaande uiting van de patiënt herhaalt. Hier hebben we dus te maken met de door Heritage en Watson beschreven verschijningsvorm *deletion*. Ook hier volgt de verbalisering direct op een vraag-antwoordsequentie.

Fragment 22

Huisarts in opleiding B - Consult 5

Tijd: 1:20:36.3 - 1:20:53.9

119. H: [en wat voor pijn is dat, die
 120. buikpijn?
 121. P: () dat is gewoon ja, (0.4) kweenie dats gewoon
 122. pijn, stekend (.) ook.
 123. H: → stekend?
 124. P: ja.
 125. H: oke. •hh en komt er nog in aanvallen dat het erg wordt? of dat niet?

De gedeeltelijke letterlijke herhaling functioneert hier als een instemmingsverzoek waar de patiënt in r.124 geprefereerd op reageert met de minimale instemmingsrespons *ja*. Met deze formulering markeert de arts de kern van de uiting van de patiënt.

ent, waarna de sequentie in r.125 wordt afgesloten (*oke*) en een nieuwe sequentie wordt gestart.

In bovenstaande fragmenten volgden de *formulations* direct op de oorspronkelijke uiting. Dit is niet altijd het geval. *Gists* volgen juist ook vaak op lange spreekbeurten van een spreker die op dat moment de interactionele rol van nieuwsbrenner vervult, in dit geval de patiënt. Dit is bijvoorbeeld te zien in fragment 23 waarin het begin van een consult is weergegeven (fase van klachtpresentatie), waarin de patiënt aangeeft waarom ze is gekomen. Van r.7 t/m r.40 is de patiënt de dominante spreker, de nieuwsbrenner. De deelname van de arts blijft meest beperkt tot het geven van luisterresponsen als *jah*, *oke* en *duidelijk*. Alleen in r.28 stelt ze een vraag, deze functioneert om de klacht van de patiënt, en daarmee de reden van de komst, helder te krijgen.

Fragment 23

Huisarts in opleiding A – Consult 3

Tijd: 0:19:19.3 – 0:20:23.9

6. H: =waar komt u voor?
7. P: ja, i ik had al u:h gebeld, ik dach da'k zo een
8. recepje ma:ah 'k had jaarn geleden •hh u:h
(kweenie) jeuk he, u:h bij de vagina, niet
9. [niet van binnen, aan de buitenkant •h en jah daar
liep ik al u:h (.) al wel vier jaar mee,
10. H: [j:ah, [oke
11. P: en toen benk naar XXX geweest, en die [heb me toen
12. u:h doorgestuurd naar ut ziekenhuis, [en daar heb ik
13. H: [jah
[oke
14. P: toen cre:me voor gehad
15. H: j:[ah
16. P: [een u:h een u:h, een vaseline, •hh ja en ik ik
17. weet de naam niet meer. [•h en nou zo
langzamerhand begint dat weer, tis nog niet
18. H: [nee
19. P: zo erg, mah ik denk ik wacht niet weer zo lang, ik
[denk agh •hh
[jah,=
20. H: bel ik eem voor 'n receppie (vragen of ik)
21. P: langskwam, oke, [duidelijk.
22. H: [dussuh
23. P: [j:ah, ja
24. H: [ja
25. P: dus ja
26. P: (0.4)
27. en sinds wanneer zijn nu weer de klachten aan[wezig?
28. H: [nou:\
29. P: dat is al u:h:m, (.) nou ik denk al wel een, paar
30. maandn wel.
31. H: j:a,
32. P: en dan denk, ja ik wacht nie weer zo lang want ik ik
33. ik zou ook nog weer naar t zieknhuis, maar der kwam
34. toen een andere dokter, kweet ook niet as ik dat
aldoor (.) •hh door moest gebruikn, [dat

35. H: [j:ah
36. P: weet ik nie dusu:h,
37. H: neeh
38. P: dussuh,
39. H: °duidelijk.°
40. P: jah.
41. H: → en u:h uw klacht is nu u:h (.) meer jeuk aan de
[buitenkant bij
42. P: [ja, ja. ja, ja.
43. H: → de vagina.
44. P: ja
45. H: j:ah,=
46. P: =ja.

In r.41 en r.43 geeft de arts een verbalisering die getypeerd kan worden als samenvatting van de kern (*formulation of gist*) van de lange spreekbeurt van de patiënt, in dit geval de reden van de komst van de patiënt. De formulering *uw klacht is nu* geeft aan dat er een verbalisering, dus een herformulering van eerdere uitingen van de patiënt, zal volgen. De arts formuleert de kern als *uw klacht is nu meer jeuk aan de buitenkant van de vagina*. Deze informatie is door de patiënt grotendeels al gegeven in de r.7-8. De patiënt reageert in r.42 en r.44 instemmend op de verbalisering van de arts en geeft zo aan het eens te zijn met de formulering van de kern zoals de arts dat heeft gedaan.

Kortom, *formulations of gist* geven de kern weer van datgene waarover gesproken is door de patiënt. In de geanalyseerde arts-patiëntgesprekken gebeurt dit met name in de fase van de klachtpresentatie of anamnese. Soms volgen ze direct op een uiting van de patiënt en soms volgen ze na een lange spreekbeurt van de patiënt waarin de arts de rol van nieuwsontvanger inneemt en de spreekbeurt van de patiënt slechts onderbreekt met *continuers*, oftewel minimale luisterreponsen. De *formulations of gist* nemen de vorm aan van letterlijke herhalingen (*preservation*) of gedeeltelijke letterlijke herhalingen (*deletion*). Met de *formulation* markeert de arts de kern van de voorgaande spreekbeurt van de patiënt en projecteert daarmee instemming of afwijzing in het tweede paardeel. In de geanalyseerde arts-patiëntgesprekken zijn alleen geprefereerde responsen op *formulations of gist* aangetroffen. In alle in deze paragraaf besproken fragmenten functioneren de *formulations of gist* om de kern van de voorgaande beurt van de patiënt te markeren. Meestal volgt na de instemmingsrespons van de patiënt geen nadere uitwerking van het topic meer. De informatie is dan geverifieerd en vastgelegd.

Formulations of upshot

Een *formulation* kan getypeerd worden als *upshot* wanneer een spreker, in dit geval de arts, een conclusie trekt uit (een) voorgaande uiting(en) van een andere spreker, in dit geval de patiënt. Er is altijd sprake van *transformation*: de oorspronkelijke uiting verandert. Net als *formulations of gist* worden *upshots* vaak gedaan door de nieuwsontvanger, na een lange spreekbeurt van de nieuwsbrenner. In fragment 24 is te zien hoe dit regelmatig gebeurt.

Fragment 24

Huisarts B – Consult 2

Tijd: 0:00:00.3 – 0:03:24.2

7. P: [en ik heb last van oprispingen ik heb last van
8. m'n maag en m'n vrouw met warm eten
9. A: ja
10. P: en ik gebruik ook s: cialis
11. A: ja
12. P: ja (.) en me en da daar heb ik heb ik het ook (1.4)
13. veel ook veel last van maar ie iedere keer al als ik
14. het halve ik neem een halve en ik heb () gedaan
15. A: ja
16. P: en dan dan heb ik al last van m'n maag.
17. A: → u krijgt van die cialis last van uw maag?
18. P: ja nou ook ook van het warm eten.
19. A: en van het warm eten [krijgt u last van [uw maag
20. P: [ja [ja nou nou
21. ma ach maar hetis tis net of de i inhoud van m'n
maag i in m'n slokdarm loopt.

De arts koppelt twee uitingen van de patiënt (*ik gebruik ook cialis*, r.10 en *ik heb last van mijn maag*, r.7) aan elkaar en uit dit in een concluderende *formulation* in vraagvorm in r.17. Op de *formulation* van de arts volgt een reactie die geprefereerd lijkt (ja), maar wel wordt genuanceerd met de uiting *ook van het warm eten*. Zoals ook al te zien was in paragraaf 4.1.4.2 zorgt deze deels gedisprefereerde reactie voor een nieuwe *formulation* van de arts, of in dit geval eigenlijk een toevoeging aan de eerste *formulation* (r.19). hier reageert de patiënt instemmend op. De informatie is nu gezamenlijk uitgewerkt en vastgelegd. De patiënt kan doorgaan met de klachtpresentatie.

Een *upshot* is vaak te herkennen aan de indicator *dus*, zoals ook in fragment 7 (zie ook paragraaf 4.1.3) het geval is. Het consult bevindt zich in de fase van de klachtpresentatie. De arts heeft het initiatief en stelt vragen met betrekking tot de anamnese.

Herhaling fragment 7

Huisarts A – Consult 3

Tijd: 0:12:34.5 – 0:14:04.4

70. A: [en wanneer is dat begonnen?
71. P: *h dat is begonnen omdat deze dat ik deze meer
72. belast[te om deze
73. A: [gewoon door
74. de belasting later u:[h ook eigenlijk moest ontzien
75. A: [ja
76. A: ja
77. P: door het eerst in een mitella en [die veel meer die
bewegingen
78. A: [precies
79. A: ja
80. P: en door die fysiothepepie heb ik gehad h[re [voor die
arm
81. A: [ja
82. P: [*h e
83. A: → [ja dus u hebt uh zelf uh een heel duidelijk gevoel
84. → ik heb um gewoon veel meer gebruikt dan anders en
[langzamerhand is er gewoon pijn
85. P: [ja
86. A: → ontstaan
87. P: ja is ut uh pijn ontstaa:n.
88. A: ja
89. P: ja en door die (.) die val is dat wel de k ja hier
90. een beetje da dat *h is van t is spierpijn [ma het
blijft

In r.70 stelt de arts een vraag. Ze wil graag weten *wanneer dat* (de klacht: de pijn in de arm) *is begonnen*. De patiënt geeft in r.72-82 een vrij lang antwoord dat uit meerdere delen lijkt te bestaan (r.71,74 – r.77 – r.80). de arts neemt de interactionele rol van nieuwsontvanger aan en reageert met luisterresponen totdat ze in r.80 een *formulation of upshot* geeft van dit antwoord van de patiënt. De arts laat haar *formulation* in r.80 voorafgaan door de ontvangstbevestiging *ja*. De *formulation* wordt vervolgens gestart met het concluderende voegwoord *dus*, waarna de arts het antwoord van de patiënt herformuleert. De uiting bevat *downgrading* (*gewoon*) en uitbreiding (*langzamerhand is er gewoon pijn ontstaan*). Deze vormen van *transformation* van een oorspronkelijke uiting, worden in deze paragraaf nog uitgebreid toegelicht.

Transformation kan in vele gedaantes voorkomen in *formulations* en daarmee verschillende lokale communicatieve functies vervullen. In de onderzochte data zijn vier verschillende vormen gevonden waarmee *transformation* wordt geconstrueerd:

- *downgrading*: de arts zwakt de oorspronkelijke uiting van de patiënt in haar *formulation* af;
- *upgrading*: de arts versterkt de oorspronkelijke uiting van de patiënt in haar *formulation*;
- specificatie: de arts specificeert de oorspronkelijke uiting van de patiënt in haar *formulation*;

- uitbreiding: de arts breidt de oorspronkelijke uiting van de patiënt in haar *formulation* uit.

Deze functies zullen hieronder aan de hand van voorbeelden nader worden toegelicht.

Downgrading

Wanneer een spreker een voorgaande uiting van zichzelf of een andere spreker (wat bij verbaliserings het geval is) transformeert door deze op een of andere manier af te zwakken is er sprake van *downgrading* van deze oorspronkelijke uiting. In de praktijk kan dat zich bijvoorbeeld manifesteren wanneer de arts een versterkend element uit de oorspronkelijke uiting van de patiënt weglaat. Dit is in fragment 25 het geval.

Fragment 25

Huisarts in opleiding B - Consult 4

Tijd: 0:30:26.2 - 0:34:26.8

61. P: =daar heb ik heel erg last [dus ()]
 62. H: [en waar bestaat de last
 63. uit, is het de pijn of jeuk?
 64. P: ja heel erg jeuk
 65. H: → jeuk
 66. P: ja
 67. H: ja j[a
 68. P: [dat echt soms het idee heb dat ik het helemaal
 69. kapot gaat krabben dusuh das echt niet fijn. nee
 70. H: ja (.) en ook nog problemen met uh plassen pijnlijk
 of
 71. P: nee dat niet

In de vraag van de arts in het basispaar (r.62-3) liggen al twee antwoordmogelijkheden besloten. De patiënt kan kiezen uit *pijn* of *jeuk*. De patiënt geeft geprefereerd antwoord met één van de in de vraag besloten antwoordmogelijkheden (*jeuk*). Ze voegt hier echter de versterking *heel erg* aan toe. De arts verbaliseert dit antwoord met een *formulation* in het eerste paardeel van een postexpansie en laat daarbij de versterking (weer) weg. Hier reageert de patiënt vervolgens geprefereerd op met de minimale instemmingsrespons *ja*.

Een verbalisering met *downgrading* kan ook gedaan worden door geheel andere bewoordingen te gebruiken. Dit is te zien in fragment 26 waarin het consult zich in de fysieke onderzoeksfase bevindt.

Fragment 26

Huisarts in opleiding B - Consult 5

Tijd: 1:25:09.5 - 1:25:41.4

271. H: het is bijna een wondertje dat je hier bent, zeg maar.
 272. P: jha huhuh (7.3) ja, daar doet het pijn.
 273. H: → hier is ut gevoelig.
 274. P: ja. (2.0) ook. (1.5) ja hier meer, ja hier. (1.0)
 275. ist (1.1)

De patiënt formuleert in r.272 een stellingname met betrekking tot wat ze waar voelt. De arts reageert hier in r.273 op met een geprefereerde tweede stellingname waarin zij de eerste stellingname van de patiënt herformuleert. Ze vervangt de uiting *doet het pijn* van de patiënt door *is ut gevoelig*. De term *gevoelig* is minder krachtig dan de term *pijn* wanneer het gaat om het gevoel dat de patiënt heeft. In r.274 reageert de patiënt met de instemmende respons *ja* op de tweede stellingname (*formulation*) van de arts. Ze geeft zo aan in te stemmen met de afzwakking (*downgrading*) van het gevoel dat ze heeft van *pijn* naar *gevoelig*.

Kortom, door middel van *downgrading* zwakt de arts de oorspronkelijke uiting van de patiënt af in de *formulation*. *Downgrading* kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. Soms wordt een versterkend element uit de oorspronkelijke uiting weggelaten, soms wordt een woord of zinsdeel helemaal vervangen door een zwakkere formulering. In de geanalyseerde arts-patiëntgesprekken volgt op een *formulation* met *downgrading* nooit een gedisprefereerde respons. Wel is het vaak aanleiding om het topic nader uit te werken. Dit gebeurt meestal op initiatief van de patiënt.

Upgrading

In fragment 27 bevat de *formulation* een verandering die versterkend is ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt. De arts en de patiënt hebben de fase van de klachtpresentatie en de anamnese net afgerond. Na dit fragment gaat de onderzoeksfase van start. Het fragment zit dus tussen twee fasen van het consult in en er wordt gesproken over het feit dat de patiënt niet vaak bij de arts komt en vervolgens over de reden waarom hij er nu wel is (vanaf r.118).

Fragment 27

Huisarts A - Consult 4

Tijd: 0:21:08.9 - 0:21:55.8

110. A: oke. ja nou en verder bent u eigenlijk goed gezond

111. P: he? [u komt
[ja
112. A: eigenlijk nooit hier [he, de laatste keer dat we
elkaar ge [gezien
113. P: [neheh
[ja
114. A: hebben dat was uh nou ja twee jaar geleden.
115. P: twee jaar geleden [is da ()
116. A: [ja
117. A: ja
118. P: ja ik kom alleen as ik uh echt dat u:h (0.5) da
moet huhuh
119. A: als het echt moet [dan komt u.
120. P: [als het echt moet dan kom ik.
huhuh
121. A: ja: en nu dit vond u zo vervelend [uh
122. P: [nou mijn vrouw
123. zei nou dan ga jij ga je toch naar de dokter ja
[()
124. A: → [u bent gestuurd door uw vrouw ook nog
125. P: gehstuurd do[or vrouw
126. A: [ja (.) oke. zeg zal ik er even naar
kijken?
127. P: [ja is goed
128. A: [ja?
129. A: kom maar even daar.
130. P: oke

De patiënt geeft in r.122-3 aan wat de doorslag gaf om juist nu naar de dokter te gaan: *nou mijn vrouw zei nou ga jij ga je toch naar de dokter ja*. De arts versterkt deze bewering in r.124 met de uiting: *u bent gestuurd door uw vrouw ook nog (ook nog kan hier gezien worden als uitbreiding. Hierop zal in paragraaf 4.2.2.4 nader worden ingegaan)*. De arts omschrijft de uiting van de patiënt, die zijn vrouw citeert en daarmee de reden voor zijn komst duidelijk maakt, met de formulering *u bent gestuurd door uw vrouw*. De patiënt bevestigt deze herformulering in r.125 door zelf een verbalisering te doen met de eigenschap *deletion* (zie paragraaf 4.2.1). vervolgens sluit de arts de sequentie en het topic af en gaat over op een nieuwe sequentie, die meteen de overgang naar de nieuwe fase in het consult markeert (fysieke onderzoeksfase).

Uit de data blijkt dat *formulations* die *upgrading* laten zien ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt voornamelijk voorkomen in de gesprekstructurende verbaliseringen (drie keer). Het voorbeeld uit fragment 28 is daarop de enige uitzondering. In fragment 16 (zie ook paragraaf 4.1.5) is een voorbeeld te zien van *upgrading* in een gesprekstructurende verbalisering.

Herhaling fragment 16

Huisarts in opleiding A - Consult 1

Tijd: 0:01:51.4 - 0:03:09.6

26. P: en dan stoom ik wat en en het blijft maar, en dan
27. → heb ik hier een (.) plek zittn, (0.5) want ik hoest nogal behoorlijk,
28. H: j:a,
29. (0.9)
30. P: en ik denk, nou daar benk toch een beetje flauw van,
31. ik wil der toch even u:h [(naar laatn kijken)
32. H: [j::a, (.) wat vervelend.
33. P: °ja ma maarja (maar) goed.°
34. H: ja, (.) hoelang speelt dit nu al?
35. (1.1)
36. P: bedoelt u?
37. H: hoelang (.) heeft [u die klachten?
38. P: [nou eigenlijk (.) vorige week de
39. hele week al, maarja goed toen hek het dan een
40. beetje gehouden ma (0.8) ma dan benk is weer koud en
41. dan ben 'k is weer warm, ik heb ook geen idee dak
42. koorts heb eigenlijk maar, (0.5)
43. H: nee.
44. (0.8)
45. P: ma ut voelt gewoon helemaal niet prettig aan.
46. H: nee. (.) °h en was er nou s:pecificieke reden waarom u
47. dacht en nu ga ik k (0.5) [deze afspraak make?
48. P: [ja, omda ik hier omdat ik hier dus dan
49. een plekje heb zittn wat niet lekker is en en (daar) achteraan,
50. H: j:a,
51. P: en dan h hier met die neus mest, ik weet wak daar
52. verder aan doen moet.
53. H: → ja, duidelijk. (1.9) u vertelde, ook veel last van
hoesten,
54. P: ja.
55. (0.6)
56. H: komt er dan ook wat op, bij het hoesten?
57. P: u:H: de ene keer wel, de andere keer niet.
58. H: j:a, (.) en als er wel wat opkomt, hoe ziet dat
deruit?
59. P: groenug (.) [gelig, groenug
60. H: [°groenug°
61. H: n:ja. zit er ook wel eens bloed bij?
62. P: neehh
63. H: dat niet. gelukkig.=
64. P: =en tis ook wel is wit dan ist niks.
65. H: j:a. (.) en begon het met hoesten of begon het met
de verkoudheid?
66. P: u:h (0.5) uH: met allebei tegelijk.
67. H: tegelijk kwam het, [j:a. voelt u zich der ook ziek
bij?
68. P: [°ja.°

De oorspronkelijke uiting van de patiënt uit r.27, *want ik hoest nogal behoerlijk*, wordt in de gesprekstructurende verbaliseringen geherformuleerd met *u vertelde, ook veel last van hoesten*. De versterking wordt hier gerealiseerd met een versterking van de evaluatie van de klacht. *Nogal behoerlijk* van de patiënt wordt *veel last* in de verbalisering van de arts.

Kortom, *formulations* die *upgrading* laten zien bevatten een versterkend element ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Net als bij *downgrading* het geval is, kan *upgrading* zich manifesteren door een versterkend element toe te voegen, maar ook door de oorspronkelijke formulering te vervangen voor een versterkende formulering. Opvallend is dat *upgrading* vooral voorkomt in gesprekstructurende verbaliseren en er soms een gedisprefereerde respons van de patiënt op volgt (bijvoorbeeld in fragment 19 dat in paragraaf 4.1.5 is besproken). Er is geen eenduidige relatie gevonden tussen *upshots* en gesprekstructurende verbaliseren of *upshots* en gedisprefereerde responsen, maar het is een feit dat deze verbanden regelmatig voorkomen in de onderzochte data.

Specificatie

De derde manier waarop artsen oorspronkelijke uitingen van patiënten in een *formulation* transformeren is door deze te specificeren. Dit betekent dat de verbalisering van de arts de oorspronkelijke uiting van de patiënt nauwkeuriger omschrijft, oftewel specificereert.

In fragment 28 heeft de patiënt in r.403 een nieuw topic ingevoerd. Ze vertelt over haar bezoek aan de neuroloog en wat deze te zeggen had over haar hersenscan. In r.419-20 herhaalt de patiënt nogmaals wat de arts tegen haar heeft gezegd.

Fragment 28

Huisarts in opleiding B - Consult 3

Tijd: 0:37:11.5 - 0:38:02.7

403. P: [oh dat is ook nog bijkomende vraag (0.8) u:hm die
404. neuroloog zegt (0.3) dat de hersenen was prachtig,
405. H: ja.
406. P: kan zien dat u geen u:h (.) darmkanker heeft,
407. H: ja
408. P: da vonk zo knap. (0.3) hoe kun je dat nou aan een
hersenscan zien?=
409. H: =nee dat kun je niet zien.
410. P: hnee
411. H: nee: je kunt zien dat er geen uitzaai[ingen zijn
412. P: [je ziet geen
(.) ja. [nee oke.
413. H: [want
414. die klachten die u heeft van he; dat u uh gevoel
415. is, *h ben je bang dat en dan dat dat bij u in de
fam[ilie () voorkomt,
416. P: [ja
417. P: ja
418. H: en dan kun je zien dat dat na je kun[t
419. P: [maar je ziet
420. daar geen (.) uitzaaiing. dat was wat ie z[ei

421. H: - [ja
422. precies, je kunt geen uitzaaiingen van: (.)
darmkanker zien. dat heeft ie u:h
423. P: dat [heeft ie gezegd.
424. H: [ja
425. H: precie[s

De bewering die de patiënt in r.419-20 doet met betrekking tot wat de neuroloog tegen haar heeft gezegd, wordt in r.421-2 door de arts geverbaliseerd. Ze laat haar *formulation* voorafgaan door een bevestiging (*ja precies*) en specificeert de uiting van de patiënt door *uitzaaiingen* te vervangen door *uitzaaiingen van darmkanker*. De patiënt stemt in met deze specificatie door de uiting van de arts af te maken. Er is sprake van gezamenlijke beurtconstructie.

In fragment 29 wordt de oorspronkelijke uiting van de patiënt door de arts gespecificeerd door deze volledig te herformuleren in een *formulation* na een vraag-antwoordsequentie in de anamnese fase.

Fragment 29

Huisarts A - Consult 3

Tijd: 0:12:34.5 - 0:14:04.4

102. A: [ja en de dat heeft toen de klachten verergerd?
103. P: ja dat heeft de [klachten verergerd [ja
104. A: [() [oke
105. P: ja
106. A: ja. slaapt u dr wel van?
107. P: nee ik slaap dr niet van=
108. A: - =u wordt er ech[t z zelfs wakker van
109. P: [ik word er echt wakker van [ja als
ik me om wil
110. A: wakker van de pijn [ja
111. P: draaien dan doet het echt u:h
112. A: dan doet ut
113. P: ja [dan denk ik van o [even die arm uh
114. A: [ja [en kan u bepaalde dingen
niet doen?

In r.106 stelt de arts een suggestieve ja/nee-vraag waar het antwoord voor de patiënt al in besloten ligt. De patiënt reageert geprefereerd door expliciet in te stemmen met deze antwoordsuggestie door die te herhalen. Dit antwoord wordt vervolgens in een postexpansie door de arts geverbaliseerd. Ze concludeert uit de oorspronkelijke uiting van de patiënt, *ik slaap dr niet van*, dat zij er *echt zelfs wakker van wordt*. Hiermee specificeert zij het niet slapen van de patiënt door te suggereren dat deze wel slaapt, maar vervolgens wakker wordt. Ook nu

reageert de patiënt nadrukkelijk bevestigend door de *formulation* te herhalen, waarna ze hier een toelichting op geeft.

Kortom, specificatie maakt dat de arts de informatie in de *formulation* nauwkeuriger omschrijft dan in de oorspronkelijke uiting werd gedaan. Dit kan door iets toe te voegen aan de oorspronkelijke uiting dat geen nieuwe informatie is, maar de omschrijving wel specificeert. Ook kan de arts een conclusie trekken uit de oorspronkelijke uiting van de patiënt, waarmee ze deze verder uitwerkt, oftewel specificeert. In tegenstelling tot *formulations* die uitbreiding bevatten ten opzichte van de uiting, blijven specificerende *formulations* dichter bij de oorspronkelijke informatie die de patiënt heeft gegeven. Op een specificerende *formulation* volgt in de geanalyseerde data altijd een geprefereerde respons van de patiënt. Meestal bestaat deze uit de minimale instemmingsrespons *ja*.

Uitbreiding

In sommige gevallen neemt de arts de uiting van de patiënt wel (gedeeltelijk) over (*preservation of deletion*), maar breidt deze uit met nieuwe of uit de uiting van de patiënt afgeleide informatie. In fragment 30 doet de arts dit door een evaluatieve stellingname ten opzichte van de door de patiënt geuite informatie te integreren in de *formulation*.

Fragment 30

Huisarts in opleiding A – Consult 4

Tijd: 0:30:26.2 – 0:34:26.8

103. P: dat is het gewoon meer °maar niet dat het zeer doet of zo° nee nee
104. H: oke °duidelijk° en uh kom je nu vooral voor van onderen of eigenlijk zeg je ook ook nog op andere plekken dat [uh
105. P: [nee het is echt van
106. P: onde[ren ja
107. H: [echt van onderen
108. H: ja eigenlijk want de handen had ik ook uh toen
109. P: destijds heel erg last van [dus dat gaat [wel goed
110. H: → [ja [maar dat
111. H: → gaat nu gelukkig goed
112. P: ja
113. H: ja
114. P: gelukkig
115. H: duidelijk
116. P: ja

In r.109 geeft de patiënt informatie over klachten die zij eerder had maar nu niet meer heeft. Ze eindigt met de stellingname

dus het gaat wel goed. Deze uiting wordt door de arts in r.111 geverbaliseerd in het eerste deel van een postexpansie waarin zij het woord *gelukkig* toevoegt aan de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Hiermee geeft zij een evaluatie van de informatie die de patiënt geeft. In r.112 reageert de patiënt met de minimale instemmingsrespons *ja* op deze tweede stellingname en vertoont daarmee ook instemming met de waardering van de informatie met de term *gelukkig*. In r.114 doet zij dit nog eens expliciet door de stellingname van de arts te herhalen.

In fragment 31 breidt de arts de oorspronkelijke uiting van de patiënt ook uit in de *formulation* in r.96. Ook zij geeft een waardering van de uiting van de patiënt, maar breidt deze verder uit met een herformulering van de door de patiënt gegeven informatie.

Fragment 31

Huisarts A – Consult 2

Tijd: 0:05:38.3 – 0:05:57.6

86. P: maar het begint hier nou onder ook u:h
87. A: j:a:
88. P: knobbels te voelen
89. A: j:a
90. (0.3)
91. P: en dat vind ik ook eng *huhuh* [*huhuh*
92. A: [ja dus het voelt
93. allemaal bobbelig en [dan word je toch bang van uh [is
94. P: [ja
- [en als ik erop lig gaat het heel erg
95. steken
96. A: → ja het is ook nog lastig he het steekt het doet pijn=
97. P: =ja

De uitbreiding is in dit geval dus tweeledig. Het gedeelte dat uit de oorspronkelijke uiting afkomstig is, is *het steekt*. De eerste uitbreiding komt hier nog voor. De arts doet een stellingname waarmee zij haar mening over de informatie die de patiënt geeft met betrekking tot haar klachten met *het is ook nog lastig he*. De tweede uitbreiding volgt na het behouden deel van de oorspronkelijke uiting, *het steekt*, met een herformulering daarvan: *het doet pijn*.

Kortom, op *formulations* die een uitbreiding bevatten ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt volgt het vaakst een gedisprefereerde respons van de patiënt. Dit gebeurt vooral wanneer de arts compleet nieuwe informatie aan

de uiting van de patiënt toevoegt die op die manier eigenlijk woorden in de mond van de patiënt legt. Op gedisprefereerde responsen volgt altijd een toelichting van de patiënt. Soms worden uitbreidingen ook gerealiseerd doordat de arts een waardering van de informatie toevoegt aan de oorspronkelijke uiting. Op een dergelijke *formulation* volgt wel een geprefereerde respons van de patiënt.

Wanneer er sprake is van *upshots* bevatten *formulations transformation*. Er is een verandering zichtbaar ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van een andere spreker, in dit geval de patiënt. Deze veranderingen manifesteren zich in *formulations* van huisartsen op verschillende manieren. *Formulations* die *downgrading* bevatten zwakken de oorspronkelijke uiting van de patiënt af, *upgrading* versterkt deze juist. Daarnaast zijn er de specificerende en uitbreidende *formulations*. Opvallend is dat juist deze laatste twee de enige gedisprefereerde responsen uitlokken.

Formulations, en dan met name *upshots*, worden bovendien vaak ingezet om kennis steeds verder uit te breiden. De arts verbaliseert dan steeds wat de patiënt zegt om meer informatie en verbanden expliciet te krijgen. Deze verbalisering krijgt vervolgens de interactionele functie van een instemmingsverzoek aan de patiënt. Deze wordt soms minimaal gegeven met de instemmingsrespons *ja*, maar soms ook nader toegelicht (met name wanneer de verbalisering door de patiënt wordt afgewezen zoals te zien was in fragment 10). Op deze manier ontstaat er een steeds duidelijker beeld van bijvoorbeeld de exacte klacht van de patiënt. De arts verifieert immers steeds haar interpretatie van de door de patiënt gegeven informatie, waardoor de patiënt ook in de gelegenheid wordt gesteld om steeds meer te verhelderen, waardoor de kans op misverstanden kleiner wordt. Ook kan de klacht op deze manier, met name wanneer de arts haar verbalisering voorziet van uitbreidingen, verder worden uitgediept zonder dat er steeds een compleet nieuwe vraag gesteld hoeft te worden.

5 Vergelijking

In hoofdstuk vier is het onderzochte fenomeen in de data, verbaliserings, geanalyseerd. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen de consulten van de ervaren huisartsen en die van de huisartsen in opleiding. Het ging erom het fenomeen zo concreet mogelijk te beschrijven in al haar verschijningsvormen. Nu is het interessant om te kijken of er patroonmatige verschillen te vinden zijn tussen de manier waarop ervaren huisartsen verbaliserings hanteren en de manier waarop huisartsen in opleiding dit doen. Hoewel dit geen kwantitatief onderzoek is, waarin op basis van statistisch onderzoek conclusies getrokken kunnen worden, is het wel degelijk mogelijk af en toe iets te zeggen over de mate waarin bepaalde typen verbaliserings worden gebruikt door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds. Binnen dit onderzoek staat de kwantitatieve analyse van de resultaten niet centraal binnen de vergelijking van de ervaren huisartsen met de huisartsen in opleiding, maar statistische gegevens bieden wel een aanzet tot een meer patroonmatige (kwalitatieve) vergelijking.

In dit hoofdstuk zullen dus de meest opvallende verschillen tussen het gebruik van verbaliserings door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds worden beschreven. De eerste paragraaf is gewijd aan de mate waarin ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding (bepaalde typen) verbaliserings hanteren. Hier wordt dus de kwantitatieve achtergrond waartegen de vergelijking bezien kan worden geschetst. Vervolgens zullen in de daaropvolgende paragrafen verschillen in het gebruik van verbaliserings kwalitatief worden uitgediept. Ten eerste komt het registreren van informatie door middel van verbaliserings in een bevestigend tweede paardeel, als *continuer* en in derde positie, ter afsluiting van een sequentie, aan de orde. Met name huisartsen in opleidingen maken gebruik van verbaliserings ter afsluiting van een sequentie. Ze registreren de door de patiënt gegeven informatie, maar doen er verder (in elk geval op dat moment) niets mee. Ten tweede het gebruik van *formulations*. Dit type

verbalisering wordt juist relatief veel gebruikt door ervaren huisartsen. Hiermee wordt informatie van de patiënt direct gecontroleerd, soms verder uitgewerkt en in een gemeenschappelijk kenniskader geplaatst. Tot slot komt een bijzonder type verbalisering aan bod, die met een gesprekstrukturerende functie. Bij de gesprekstrukturerende verbaliserings gebeurt het uitwerken van de informatie die de patiënt op een bepaald moment geeft juist niet direct, maar pas veel later in het gesprek. De verbalisering wordt dan gebruikt om een topic dat eerder is besproken (dit kan alleen door de patiënt gedaan zijn of in interactie tussen arts en patiënt) door middel van *skip-connecting* opnieuw aan de orde te stellen, te herintroduceren, of de arts gebruikt informatie die de patiënt eerder heeft gegeven om haar diagnose of advies mee in te leiden of te onderbouwen. Opvallend is dat verbaliserings met deze functie juist weer voornamelijk door huisartsen in opleiding worden gerealiseerd.

5.1 Het gebruik van verbaliserings

In het gehele corpus zijn 157 verbaliserings gevonden. 85 daarvan worden geleverd door ervaren huisartsen en 72 door huisartsen in opleiding. Op het eerste gezicht lijkt dit geen opvallend groot verschil (54% tegenover 46%), maar dit is een vertekend beeld. De consulten van de huisartsen in opleiding nemen in de regel namelijk veel meer tijd in beslag dan die van de ervaren huisartsen. Wanneer het gemiddelde aantal getranscribeerde minuten wordt berekend, is dit duidelijk te zien. De negen consulten van de ervaren huisartsen hebben een gezamenlijke tijdsduur van 56 minuten (gemiddeld 6 minuten en 13 seconden per consult), de negen consulten van de huisartsen in opleiding beslaan gezamenlijk 103 minuten (gemiddeld 11 minuten en 27 seconden per consult). In tabel 2 zijn deze getallen omgezet naar het aantal verbaliserings dat per 10 minuten geleverd wordt.

Verbaliseringen	Ervaren huis- artsen	Huisartsen in opleiding
Totaal	85	72
Gemiddelde duur van een consult	6 min. en 13 sec.	11 min. en 27 sec.
Per 10 minuten	15,7	7

Tabel 2 aantal verbaliseringen per 10 minuten

Nu is duidelijk te zien dat de ervaren huisartsen die binnen dit onderzoek zijn geanalyseerd relatief veel vaker gebruik maken van verbaliseringen dan huisartsen in opleiding. Ervaren huisartsen doen dit relatief gezien meer dan twee keer zoveel (om precies te zijn 2,2 keer zo vaak) als huisartsen in opleiding. Ook wat betreft het type verbaliseringen dat gebruikt wordt, zijn er opvallende verschillen te zien. Deze zijn weergegeven in tabel 3. In de tabel zijn de absolute aantallen opgenomen, maar ook de relatieve aantallen van de huisartsen in opleiding. In de derde kolom is berekend hoeveel verbaliseringen huisartsen in opleiding leveren in de totale tijd waarin ervaren huisartsen dit doen.

Type verbalisering	Ervaren huisartsen	Huisartsen in op- leiding	
	Absoluut	Absoluut	Relatief
Bevestigend tweede paardeel	3	3	1,6
<i>Continuer</i>	5	1	0,5
Derdepositieafsluiter	2	11	5,8
<i>Formulation</i>	70	43	22,5
Gesprekstructurende verbalisering	5	14	7,3

Tabel 3 type verbaliseringen

In tabel 3 is te zien dat ervaren huisartsen vooral gebruikmaken van *formulations*, terwijl huisartsen in opleiding zich ook regelmatig bedienen van verbaliseringen om in de derde positie een sequentie af te sluiten. Ervaren huisartsen projecteren met hun verbalisering in derde positie dus relatief veel vaker een reactie van de patiënt dan dat huisartsen in opleiding dat doen. Met een verbalisering in derde positie geeft de arts aan het tweede paardeel van de patiënt te hebben gehoord en deze op een bepaalde manier te interpreteren (dat kan een letterlijke

herhaling zijn, maar ook een complete herformulering). Wanneer er geen reactie van de patiënt wordt geprojecteerd, werkt de verbalisering als derdepositieafsluiter en wordt de interpretatie van de informatie van de patiënt slechts geregistreerd. Als er echter wel een reactie van de patiënt wordt geprojecteerd is er sprake van een *formulation* en wordt de informatie op z'n minst gecontroleerd (een *formulation* projecteert een beslissing van de patiënt), maar vaak ook verder uitgewerkt en in een breder kader geplaatst.

Binnen de verbaliseringen kan een bijzondere variant onderscheiden worden: de verbalisering met een gesprekstructurende functie. Over het algemeen volgen verbaliseringen (vrijwel) direct op de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Wanneer verbaliseringen echter een gesprekstructurende functie vervullen, staan ze ver van de oorspronkelijke uiting af. De arts komt in die gevallen, door gebruik te maken van *skip-connecting*, (veel) later in het consult terug op een topic dat eerder in het gesprek aan de orde is geweest (zie ook paragraaf 4.1.5). Uit tabel 3 blijkt dat juist huisartsen in opleiding dit type verbaliseringen toepassen.

Op basis van de in deze paragraaf besproken kwantitatieve weergave van de resultaten, komen er een aantal opvallendheden aan het licht die de moeite waard zijn nader te bestuderen. Het lijkt erop dat huisartsen in opleiding verbaliseringen relatief vaker inzetten als registrerend en gesprekstructurend middel. Dit in tegenstelling tot de ervaren huisartsen, die *formulations* inzetten als middel om interpretaties te verifiëren en informatie eventueel verder uit te werken. Deze veronderstellingen verdienen echter nog de nodige kwalitatieve uitwerking. Bovendien is het binnen het kader van dit onderzoek interessant te kijken naar het adaptieve karakter van de verschillende typen verbaliseringen.

In de volgende paragrafen zal dan ook nader ingegaan worden op het registrerende karakter van verbaliseringen als bevestigend tweede paardeel, *continuer* en derdepositieafsluiter, de begripsverifiërende *formulations* en het specifieke uitbreiden de karakter van *formulations of upshot* en tot slot de gesprekstructurende verbaliseringen.

5.2 Registrerende verbaliseringen

Wanneer een verbalisering wordt geleverd in een bevestigend tweede paardeel, als *continuer* of als derdepositieafsluiter heeft deze een registrerend karakter. Een verbalisering in een bevestigende respons functioneert in de data als geprefereerde respons op een *negative interrogative* of een *declarative question* (zie paragraaf 4.1.1). Deze eerste paardelen projecteren een bevestiging doordat ze een antwoordsuggestie bevatten of expliciet om opheldering vragen. Een minimale *ja/nee*-respons is daardoor niet voldoende. In fragment 33 is goed te zien dat deze bevestigende verbaliseringen tevens een registrerende functie hebben. De patiënt heeft zijn klachten beschreven waarop de arts vraagt of hij er zelf een verklaring voor heeft. Hier start fragment 32.

Fragment 32

Huisarts A – Consult 4

Tijd: 0:19:49.9 – 0:20:10.8

57. A: ja. en wat voor gedachtes hebt u daar zelf over
58. gekregen? (0.9)
59. P: •hh weet niet, is waarschijnlijk uh iets te maken
60. met duh (0.4) spieren?
61. A: → met de spieren. [ja
62. P: [ja?
63. A: ja

In r.57 start de arts een nieuwe vraag-antwoordsequentie waarin ze de patiënt vraagt naar *diens gedachtes daarover* (over de klachten die hij zojuist heeft beschreven). De patiënt geeft in r.59 het antwoord *weet niet*, maar komt vervolgens toch met een mogelijke verklaring. Het partikel *waarschijnlijk* en de vragende toon waarop hij zijn suggestie formuleert, wijzen erop dat hij onzeker is over de juistheid van de verklaring die hij geeft. De arts reageert met de geprefereerde bevestigende respons *met de spieren*, waarmee ze aangeeft de suggestie van de patiënt te hebben gehoord en geregistreerd. De instemmingsrespons *ja* die ze hier vervolgens aan toevoegt, wijst erop dat ze de suggestie van de patiënt ook als mogelijke verklaring voor diens klachten te zien. Hiermee toont ze haar oriëntatie op overeenstemming. Doordat de patiënt in r.62 nogmaals expliciet vraagt om een bevestiging en deze ook krijgt in r.63, krijgt de sequentie een nog duidelijker registrerend karakter. Doordat de informatie nu door beiden is onderschreven, is er gezamenlijk begrip ontstaan. De vastgelegde informatie (de suggestie

dat de klachten eventueel iets te maken hebben met de spieren) kan nu later, bijvoorbeeld in de diagnosefase, gemakkelijk weer worden aangehaald.

Ook *continuers* hebben, zij het op een andere manier, een registrerende functie. *Continuers* in de vorm van een verbalisering worden in de onderzochte data altijd geleverd in overlap met de beurt van de patiënt. Door (een deel van) de uiting van de patiënt te herhalen, geeft de arts aan die informatie gehoord te hebben en vast te leggen. Er wordt geen respons van de patiënt geprojecteerd, deze vervolgt zijn lopende beurt. In fragment 33 is hiervan een voorbeeld te zien. Het consult bevindt zich in de adviesfase en het fragment start wanneer de arts een nieuw topic introduceert: *ibuprofen*.

Fragment 33

Huisarts A – Consult 4

Tijd: 0:25:06.9 – 0:26:15.8

255. A: ontspannen. (0.5) ja? •h u had die ibuprofen al geprobeerd?
256. P: ja
257. A: he, maar dat had helemaal geen effect?
258. P: nee hh
259. A: en hoeveel milligram had u genomen, [weet u dat nog?
260. P: [eentje eentje
261. (.) ([)
262. A: [gewoon een per dag?
263. P: een per dag ja
264. A: iets van tweehonderd milligram of zo?
265. (0.4)
266. P: ik weet niet ihi ik kijk daar niet [naar. mijn vrouw uh hier
267. A: → [u kijkt er niet naar.
268. P: alsjeblieft huhuh oke.
269. A: ja ja
270. P: slik ze gewoon en uh ik weet niet hoeveel is dat.
271. A: ja. oke •h nou dan doen we ut zo van dat ik u een uh een een iets hogere dosering geef en dat ik u ook wil vragen om [het een aantal
272. [ja
273. P: [ja

De arts start vanaf r.255 een serie vraag-antwoordsequenties die betrekking heeft op het topic *ibuprofen*. Wanneer ze in r.264 een *ja/nee*-vraag stelt waarin ze een antwoordsuggestie inbouwt (*tweehonderd milligram*), volgt er een gedisprefereerde respons van de patiënt. Hij geeft aan het antwoord op deze vraag niet te weten waarna hij direct een toelichting hiervan geeft. In overlap met het eerste deel van de toelichting, *ik kijk daar niet naar*, herhaalt de arts deze met de verbalisering *u kijkt*

er niet naar in r.267. Dit is een letterlijke herhaling van wat de patiënt direct daarvoor zei en functioneert hier als *continuer*, als luisterrespons. De arts laat ermee zien dat ze de toelichting van de patiënt heeft gehoord en heeft geregistreerd. Er wordt geen reactie geprojecteerd, maar de patiënt vervolgt zijn lopende beurt in overlap met de verbalisering van de arts door zijn toelichting verder uit te breiden (*mijn vrouw uh hier alsjeblieft huhuh oke*) in r.266 en r.268.

De verbalisering die artsen leveren in de derde positie van een sequentie en die geen respons van de patiënt projecteren, laten wellicht nog het beste hun registrerende functie zien. De arts herhaalt in die gevallen informatie van de patiënt, die deze in tweede positie gaf, en gaat vervolgens zelf meteen door met een nieuwe sequentie. In fragment 4, dat in hoofdstuk 4 ook is besproken, is dat goed te zien. De verbalisering volgt hier, zoals meestal het geval is, op een vraag-antwoordsequentie in de anamnese fase.

Herhaling fragment 4

Huisarts in opleiding B – Consult 5

Tijd: 1:22:07.6 – 1:22:48.7

197. H: heb je ook koorts gehad?
198. (0.4)
199. P: → niet dat ik whehet.
200. H: → niet dat je verder weet. ben je:: afgevallen de
201. afgelopen tijd, zonder dat de bedoeling was?
202. (0.5)
203. P: n[ee, huhuhuh
204. H: [nee. nee.

De arts herhaalt het antwoord van de patiënt in r.200 letterlijk (met toevoeging van het woord *verder*, maar dat heeft geen inhoudelijke consequenties voor de uiting) en begint dan een nieuwe vraag-antwoordsequentie. De arts registreert het antwoord van de patiënt hier, maar projecteert geen respons. Ze begint zelf, direct na de verbalisering, een nieuwe vraag-antwoordsequentie. Zo demonstreert de arts met de verbalisering als derdepositieafsluiter dat er nu sprake is van gedeelde kennis, waarmee zij haar gerichtheid op overeenstemming laat zien.

In deze paragraaf is het registrerende karakter van verbaliserings in bevestigende tweede paardelen, als *continuer* en als derdepositieafsluiter beschreven. De arts geeft ermee aan de

gegeven informatie van de patiënt te hebben gehoord en ter kennis te hebben genomen. Hierdoor wordt de kennis, duidelijker dan bij minimale instemmings- en luisterresponsen als *ja*, expliciet tot gedeelde kennis gemaakt. De arts laat zien georiënteerd te zijn op de patiënt en demonstreert haar gerichtheid op overeenstemming.

Uit de kwantitatieve vergelijking van het gebruik van verbaliserings door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds blijkt dat huisartsen in opleiding relatief vaker gebruik maken van verbaliserings als derdepositieafsluiter. De ervaren huisarts levert iets meer verbaliserings als *continuer* en de bevestigende tweede paardelen worden ongeveer even vaak geleverd. Hoe het kan dat juist de huisartsen in opleiding zich bedienen van verbaliserings om een sequentie mee af te sluiten, zal in de discussie in hoofdstuk 6 aan de orde komen.

In de volgende paragraaf zullen de *formulations* besproken worden. Deze verbaliserings in derde positie projecteren wel altijd een reactie van de patiënt. Er zal in de bespreking eerst ingegaan worden op het begripsverifiërende karakter van *formulations*. Daarna komt de uitbreidende functie van *formulations of upshot* aan de orde. De uitbreidende *formulations* bevatten een inhoudelijke verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt.

5.3 Formulations

In paragraaf 5.1 is duidelijk geworden dat *formulations* relatief veel vaker worden ingezet door ervaren huisartsen dan door huisartsen in opleiding. *Formulations* worden gepositioneerd in de derde positie van een sequentie, als eerste paardeel van een non-minimale postexpansie. Het verschil met de verbalisering in derde positie die als afsluiter van de sequentie werkt, is tweeledig: een *formulation* is een interpretatie van de oorspronkelijke uiting van de patiënt (en dus geen letterlijke herhaling zoals bij registrerende verbaliserings meestal het geval is) en een *formulation* projecteert een beslissing van de patiënt: een geprefereerde instemmende respons of een gedis-

prefereerde afwijzende respons. *Formulations* hebben daarmee in de basis een verifiërend karakter, maar bewerkstelligen ook vaak direct verdere uitwerking van de gegeven informatie.

Met *formulations* controleren gespreksdeelnemers hun begrip van de informatie die een andere gesprekspartner in de voorgaande sequentie of het voorgaande gespreksdeel heeft gegeven. *Formulations* projecteren altijd een beslissing. De oorspronkelijke spreker, in dit geval de patiënt, dient te beslissen of hij de informatie accepteert danwel afwijst. Soms geven artsen duidelijk aan dat ze hun interpretatie van de door de patiënt gegeven informatie willen verifiëren. Dit is bijvoorbeeld het geval in fragment 34. Het consult bevindt zich in de anamnesefase. De arts stelt vragen over de klacht van de patiënt (*benauwdheid*).

Fragment 34

Huisarts in opleiding B – Consult 5

Tijd: 1:18:42.5 – 1:19:37.7

65. H: ja (.) dus das eigenlijk wel wat langer, (.) en die
66. benauwdheid dat kortademige is [dat dan
67. P: [is van eergister.
68. H: dat is ook d[us eergister begonnen.
69. P: [ja
70. H: en is het dan dat je zeg maar niet goed deu door
71. kunt ademen van de pijn of waar ligt dat dan aan?
72. P: nee ik adem gewoon en het doet dan gewoon (.) ja
zeer.
73. H: – dan doet het zeer?
74. P: ja
75. H: ja en dat is dat gevoel van kortademig zeg maar, het
76. idee dat je niet (0.5) goed kunt ademen?
77. P: ja:

Na de vraag-antwoordsequentie met postexpansie in r.65-9 start de arts in r.70 een nieuwe vraag-antwoordsequentie. In het eerste deel van haar uiting levert ze een suggestieve (*en is dat dan dat je zeg maar niet goed deu door kunt ademen van de pijn*) ja/nee-vraag die ze echter laat volgen door een meer open vraag (*of waar ligt dat dan aan*). De patiënt geeft eerst een gedisprefereerde respons op de suggestieve ja/nee-vraag van de arts (*nee*) waarna ze een alternatieve bewering doet die met de open vraag van de arts wel werd geprojecteerd. In r.73 herhaalt de arts deze bewering in een *formulation* die ze vragend formuleert. Hiermee geeft ze expliciet aan dat ze van de patiënt wil weten of haar interpretatie juist is. Deze levert in r.74 de geprojecteerde beslissing, een geprefereerde instemmingsrespons (*ja*).

De begripsverifiërende functie van *formulations* komt niet altijd zo expliciet naar voren als in fragment 34 het geval is. In fragment 35 neemt de *formulation* de vorm aan van een concluderende uiting. In tegenstelling tot de *formulation* in fragment 34, die een *formulation of gist* (de kern van het voorgaande) is, is hier sprake van een *formulation of upshot* (zie ook paragraaf 4.2.2). Ook in fragment 35 bevindt het consult zich in de anamnesefase.

Fragment 35

Huisarts C – Consult 1

Tijd: 0:03:47.6 – 0:04:10.1

58. A: () de pink en de ringvinger doen ook mee, maar
[beschrijf nou
59. P: [ja
60. A: es het gevoel [wat het geeft.
61. P: [hier is ut (.) hier uh is ut
gevoelloos,
62. A: ja:,
63. P: dus als ju:h (.) zo je armen op tafel legt, dan voel
64. je dat je je armen op tafel legt, (.) en dan voel ik
65. (.) nou ja dan voel ik dat niet of uh (.) heel
anders.
66. A: – oke. dus het gevoel in die arm is anders (0.3) dan
in die.
67. P: ja, maar ut u:hm (.) ja hoe moet je dat zeggen, als
68. A: [()
69. P: je slaap in je armen hebt.
70. A: hmhm

In r.58, 60 formuleert de arts een vraag als eerste paardeel van een vraag-antwoordsequentie (*beschrijf nou es het gevoel wat het geeft*). Het antwoord van de patiënt volgt in r.61-5, onderbroken door een minimale luisterrespons (*ja*) van de arts in r.62. In r.66 laat de arts in derde positie haar *formulation* voortgaan door de ontvangstbevestiging *oke*. De *formulation* zelf heeft hier de vorm van een *upshot*: de arts geeft haar interpretatie van het antwoord van de patiënt in de vorm van een conclusie (duidelijk aangegeven met de indicator *dus*). De *formulation* projecteert een beslissing (instemming of afwijzing) van deze interpretatie door de patiënt, waarmee de arts deze verifieert. In r.67 is te zien dat de patiënt inderdaad een minimale instemmingsrespons geeft (*ja*). Deze wordt direct gevolgd door een nadere toelichting waardoor het onderwerp verder wordt uitgewerkt en in een breder kader wordt geplaatst. De patiënt is blijkbaar nog niet helemaal tevreden met wat de arts tot nu toe weet over het gevoel dat ze heeft en geeft extra informatie (*als je slaap in je armen hebt*).

Er zijn ook *formulations* waarin de arts meteen al een element toevoegt dat verdere uitwerking van het topic bewerkstelligt. Het gaat dan om *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding ten opzichte van de oorspronkelijke uiting (zie ook paragraaf 4.2.2.2). In fragment 36 is een voorbeeld te zien van een *formulation* waarin de arts een vorm van *downgrading* realiseert ten opzichte van de voorgaande uiting van de patiënt.

Fragment 36

Huisarts A – Consult 2

Tijd: 0:05:38.3 – 0:06:08.5

86. P: maar het begint hier nou onder ook u:h
 87. A: j:a:
 88. P: knobbels te voelen
 89. A: j:a
 90. (0.3)
 91. P: → en dat vind ik ook eng *huhuh* [*huhuh*
 92. A: [ja dus het voelt
 93. allemaal bobbelig en [dan word je toch bang van uh
 [is
 94. P: [ja
 95. [en als ik erop lig gaat het heel erg steken
 96. A: ja het is ook nog lastig he het steekt het doet
 pijn=
 97. P: =ja
 98. (0.6)
 99. A: → enne je bent er dan wat ongerust van. hh
 100. (0.4)
 101. P: dat zheker hh
 102. A: ja?
 103. P: hh (.) komt omdat het bij ons in de familie zit
 †hoor [nou
 104. A: [ja
 105. P: niet borstkanker maar gewoon u:h (.) dus dan ben
 106. ik een beetje sowieso een beetju:h=

In r.91-9 is er drie keer sprake van een *formulation* door de arts. Het fragment begint halverwege de klachtpresentatie van de patiënt (r.86-91), slechts onderbroken door minimale luisterresponsen van de arts (r.87 en 89). In r.92 start de arts een *formulation* van de voorgaande uitingen van de patiënt. Het gaat hier om een *upshot*: de arts geeft haar interpretatie van de klacht (*dus het voelt allemaal bobbelig*) en het gevoel daarbij van de patiënt (*dan word je toch bang van uh is*) en projecteert daarmee een beslissing met het eerste deel waarop geprefereerde instemming (*ja* van de patiënt in r. 94) volgt. Hierna neemt de patiënt de beurt over en breidt de informatie verder uit. Op het tweede deel van de *formulation* gaat de patiënt niet in. De arts reageert in r.96 met een *formulation* op de toelichting van de patiënt waarop instemming van de patiënt volgt in r.97. Na een pauze herhaalt de arts de *formulation* die zij eerder

al leverde (r.93), maar waar zij toen geen reactie op kreeg. Daarin realiseert zij echter *downgrading*. Het gaat om het gevoel dat de patiënt heeft bij haar klachten. Zelf omschrijft de patiënt dit als *en dat vind ik ook eng* (r.91), de arts maakt er *je bent er dan wat ongerust van* (r.99) van. Hiermee zwakt zij de beschrijving van het gevoel van de patiënt af van 'het eng vinden' naar 'er ongerust over zijn'. Hiermee werkt zij het onderwerp direct verder uit. Ze komt er zo achter wat de precieze gevoelens van de patiënt zijn. Als die in eerste instantie heeft overdreven (wellicht om haar komst te verantwoorden), zal ze nu hoogstwaarschijnlijk instemmen met de afzwakkende formulering van de arts. Is dit echter niet het geval, dan is de kans groot dat de patiënt de *formulation* zal afwijzen en/of nadere toelichting zal geven. In dit geval geeft de patiënt wel een bevestigende reactie met *dat zeker*, maar deze formulering impliceert dat de interpretatie van de arts wel een minimale omschrijving van haar gevoel is. De arts vraagt vervolgens impliciet om een toelichting door de *continuer ja* op een vragende toon uit te spreken (r.102). De patiënt geeft vervolgens een verklaring voor haar gevoel waardoor het topic verder uitgediept en in een kader geplaatst wordt.

Formulations in postexpansies vervullen dus twee belangrijke functies: de arts verifieert er haar interpretaties van de uitingen van de patiënt mee en ze functioneren vaak als interactioneel instrument om een onderwerp direct verder uit te werken. De arts stelt dan geen nieuwe vraag maar gebruikt de informatie die de patiënt geeft als uitgangspunt voor verdere uitwerking van een topic. In fragment 37 is daarvan nog een goed voorbeeld te zien. Het gesprek bevindt zich nog helemaal in de beginfase van het consult, de patiënt is net begonnen met de klachtpresentatie. De arts neemt de interactionele rol aan van nieuwsontvanger en gebruikt *formulations* om haar interpretaties steeds te tonen en te verifiëren.

Fragment 37

Huisarts A – Consult 4

Tijd: 0:18:54.0 – 0:19:48.4

14. P: dan uh opeen als ik uh () (0.5) staan dan
 15. trekt duh (1.1) spieren of zoiets uh s s:: soort uh
 stekenduh pijn zoiets
 16. A: → soort stekende pijn [hebt u in het been?
 17. P: [ja
 18. P: ja
 19. A: als u wilt gaan staan. dus [as u het gebruikt.

20. P: [ja
 21. P: j[a soms () dan [trekt het helemaal
 22. A: [ja [ja
 23. A: ja
 24. P: die () •hh maar dan zie je helemaal niks of zo
 25. A: → u ziet er niks aan.
 26. P: nee ziek hier niks aan alleen (0.5) doet pijn.
 27. A: → het doet pijn [zodra u het beweegt.
 28. P: [ik
 29. P: ja [ik
 30. A: → [en zodra u ook loopt.
 31. (0.3)
 32. P: nou as je zo as je zoveel gaat lopen, dan komt er
 33. een moment dan gaat da uh () dan merk je niks
 meer. (0.4) as je ge [gewoon lopen
 34. A: → [na een tijdje
 35. gaat het van het [lopen beter.
 36. P: [ja () maar zodra je dus
 37. gaat zitten () (0.6) •h daarna ga ik staan d d
 38. dan ut ontzettend zeer. dan wordt het de trekt het
 gewoon
 39. A: → ja dus juist bij het begin van een beweging
 40. P: ja
 41. A: doet het zo vrese[lijk pijn.
 42. P: [ja ik moes uh eigenlijk zo staan
 43. zo dan moet eze [been zo staan aan uh laten
 44. A: [ja
 45. P: trekken.
 46. A: ja
 47. P: dan ga ik normaal dan ik ze normaal lopen.
 48. A: ja (0.4) oke

Wanneer een verbalisering functioneert als *formulation*, projecteert deze een beslissing. Dit is een geprefereerde instemmende respons of een gedisprefereerde afwijzende respons. In fragment 37 is goed te zien hoe *formulations*, of ze nu door een geprefereerde of een gedisprefereerde respons worden gevolgd, werken om kennis steeds verder uit te breiden en tot iets gezamenlijks te maken. De arts herformuleert elke keer de informatie die de patiënt geeft en voegt vaak nieuwe of genuanceerde informatie aan de oorspronkelijke uiting van de patiënt toe. In r.16 en r.34 specificeert ze de oorspronkelijke uitingen, in r.25 laat haar *formulation downgrading* zien ten opzichte van de oorspronkelijke uiting en in r.27 en 30 is er sprake van uitbreiding. Door steeds een beslissing te projecteren, vergroot ze haar begrip van en kennis over de klachten van de patiënt zonder steeds expliciet om opheldering te vragen. Gezamenlijk wordt de kennis steeds verder uitgewerkt. De arts past zich steeds interactioneel aan de patiënt aan.

In paragraaf 5.2 werden de registrerende verbaliseringën beschreven. Zoals gezegd laten deze duidelijk zien dat de arts luistert naar de patiënt en gegeven informatie registreert wanneer zij dit noodzakelijk acht. Met registrerende verbaliseringën

laten artsen dus hun oriëntatie op de patiënt zien. Met *formulations* komt deze oriëntatie echter nog beter naar voren. In die gevallen betreft de arts de patiënt bij het registreren van informatie door haar interpretatie ervan te verifiëren bij de patiënt. Wanneer deze de *formulation* van de arts accepteert is er overeenstemming bereikt en kan doorgegaan worden met het gesprek. Ook in dit geval is er echter nog niet echt sprake van adaptiviteit ten opzichte van de patiënt. Adaptief interactioneel gedrag komt tot uiting wanneer een gesprekspartner zich duidelijk aanpast aan de ander. Dit gedrag wordt zichtbaar wanneer de arts haar *formulations* voorziet van een duidelijk transformerend element. Ze realiseert dan *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt. In die gevallen diept de arts de informatie verder uit door gebruik te maken van de door de patiënt al gegeven informatie. In plaats van een nieuwe vraag te stellen, integreert ze de nieuwe informatie in de *formulation*. Door de specifieke sequentiële vormgeving van het *formulation*-beslissingpaar wordt meteen duidelijk of de patiënt deze aangepaste of nieuwe informatie onderschrijft. Zo past de arts de structurering van het gesprek aan de patiënt aan. Diens informatie geldt als uitgangspunt voor het directe vervolg van het gesprek. De kwantitatieve gegevens laten zien dat het juist de ervaren huisartsen zijn die veelvuldig gebruik maken van deze *formulations*.

In tabel 4 zijn de absolute aantallen opgenomen, maar verderom ook de relatieve aantallen van de huisartsen in opleiding. In paragraaf 5.1 is al aangegeven dat de consulten van ervaren huisartsen gemiddeld veel korter duren. Hierdoor is er minder gespreksdata beschikbaar. In de derde kolom is berekend hoeveel *formulations of upshot* huisartsen in opleiding leveren in de totale tijd waarin ervaren huisartsen dit doen. Nu zijn de verschillen nog veel beter zichtbaar.

	Ervaren huisartsen		Huisartsen in opleiding
	Absoluut	Absoluut	Relatief
<i>Formulations of upshot</i> waarin verbanden tussen verschillende informatie die de patiënt heeft gegeven, worden gelegd.	17	13	6,8
<i>Formulations met downgrading</i>	9	4	2,1
<i>Formulations met upgrading</i>	3	1	0,5
<i>Specificerende formulations</i>	16	12	6,3
<i>Formulations met uitbreiding</i>	9	4	2,1
Totaal	54	34	17,8

Tabel 4 formulations of upshot

5.4 Gepsrestructurende verbaliseringen

In paragraaf 5.1 is geconstateerd dat juist huisartsen in opleiding verbaliseringen relatief vaak inzetten als gesprekstructurend middel. De verbalisering ligt dan veel verder van de oorspronkelijke uiting vandaan dan bij een *formulation* in een postexpansie het geval is. Meestal vormen gesprekstructurende verbaliseringen het eerste deel van een basispaar. Aan de hand van een voorbeeld in fragment 17 zal beschreven worden wat er op het gebied van topicorganisatie is gebeurd, wanneer later in het gesprek een verbalisering wordt ingezet.

Herhaling fragment 17

Huisarts in opleiding A – Consult 1

Tijd: 0:02:15.2 – 0:06:27.5

37. H: hoelang (.) heeft [u die klachten?
 38. P: [nou eigenlijk (.) vorige week
 39. → de hele week al, maarja goed toen hek het dan een
 40. → beetje gehouwen ma (0.8) ma dan benk is weer koud
 41. → en dan ben 'k is weer warm, ik heb ook geen idee
 42. → dak koorts heb eigenlijk maar, (0.5)
 43. H: nee.
 44. (0.8)
 45. P: ma ut voelt gewoon helemaal niet prettig aan.
 46. H: nee. (.) •h en was er nou s:pecificieke reden waarom

47. u dacht en nu ga ik k (0.5) [deze afspraak make?

De r.48 t/m 146 zijn hier weggelaten.

108. H: [huhuhuhu [twee,
 109. twee daders die samen (.) hè (0.8) dit hebben
 110. veroorzaakt. ja. •hHh b:ent u nog afgevalle?:
 111. (0.7)
 112. P: nou, daar heb ik niet zo acht op gegeven.
 113. H: → °nee, nee, oke°. (1.0) en u::hm: (.) de koorts zei
 114. → u van, wel warm kou[d, maar niet
 115. P: [ja:, wel warm koud ma koorts
 116. nouw uh i ik ik meet nie zo gauw koorts hoor,
 117. H: n:ee,
 118. P: kheb niet zo'n oording, en dat andere vink lastig.
 119. H: hm ja. (0.6) •h heeft u verder ooit wat met de
 120. longen gehad? (1.0)
 121. P: u:hHh ja hee:l vroeger, (.) uh (0.9) ja ()
 122. of zoiets dergelijks. [hee:l vroeger,
 123. H: [o ja
 124. H: ja

In het eerste deel van het fragment bevinden de arts en patiënt zich in de fase van de klachtpresentatie. Deze wordt al grotendeels gestructureerd middels door de arts gestuurde vragen met betrekking tot de anamnese van de patiënt. In r.37 stelt ze een vraag met betrekking tot wanneer de klachten van de patiënt begonnen. De patiënt geeft daar in r.38-41 antwoord op. Zij voorziet dit antwoord echter van een (niet-geprefereerde) toelichting die betrekking heeft op de aard van de klacht (iets waar de arts niet naar vroeg). De arts gaat niet op de toelichting in, maar reageert na een pauze van (0,5) met de minimale instemmingsrespons *nee*. Na nog een pauze, nu van (0,8) geeft de patiënt nog een toelichting. Weer reageert de arts minimaal (*nee* in r.46). Nu vervolgt ze echter met een nieuwe vraag, waarmee ze een nieuw topic, namelijk de reden van komst van de patiënt, introduceert. Vervolgens is een groot deel van het gesprek weggelaten waarin het tot stand brengen van een anamnese door middel van gerichte vragen van de arts doorgaat. De arts stelt vragen waarmee de klacht van de patiënt verder wordt blootgelegd en besproken. In totaal volgen er veertien vraag-antwoordsequenties, die af en toe voorzien zijn van een (meestal minimale) postexpansie. De arts lijkt een (in haar hoofd vaststaande) lijst vragen af te werken. Vanaf r.117 verliest de arts haar dominerende interactionele rol in het gesprek. De patiënt weidt uit over haar bezoek aan Amsterdam. Het staartje van dit verhaal is te lezen in r.147 wanneer de arts het laatste stukje ervan herhaalt en vervolgens een vraag stelt over een nieuw topic: *bent u nog afgevallen?* Hiermee pakt ze de onderbroken anamnesefase weer op. Na het antwoord van

de patiënt in r.151 sluit de arts de sequentie en ook het topic af met de derdepositieafsluiter *nee, nee, oke*. Na een relatief lange pauze (1 sec.) introduceert zij, door middel van een *formulation*, het topic (*koorts*) dat in r.39-41 al was aangekaart door de patiënt. Hiermee geeft de arts alsnog de aanzet om het onderwerp verder uit te diepen. Dat gebeurt, maar ook nu reageert de arts nauwelijks op de toelichting van de patiënt en in r.158 stelt ze weer een nieuwe vraag, waarmee ze een nieuw topic introduceert.

In dit fragment laat de arts een duidelijke oriëntatie op de structuur van het gesprek zien en veel minder op de patiënt. Ze lijkt een vragenlijst af te werken en laat zich daarbij nauwelijks leiden door de antwoorden en reacties van de patiënt.

5.5 Tot slot

Uit de vergelijkende analyse blijkt dat zowel ervaren huisartsen als huisartsen in opleiding gebruik maken van registrerende verbalisering. Hiermee laten ze hun oriëntatie op de patiënt zien doordat ze met de verbalisering demonstreren dat ze horen wat de patiënt zegt (actieve luisterhouding) en dat ze gericht zijn op overeenstemming. Opvallend is dat juist huisartsen in opleiding relatief vaak (ten opzichte van ervaren huisartsen, maar ook ten opzichte van andere typen verbalisering) verbalisering leveren in derde positie, ter afsluiting van een sequentie. Ervaren huisartsen leveren juist veel vaker verbalisering in derde positie die een reactie van de patiënt projecteren. Dit zijn de *formulation*-beslissingsequenties die gepositioneerd worden in postexpansies. Met deze *formulations* verifiëren zij in elk geval hun interpretatie van de informatie die de patiënt kort daarvoor heeft geleverd, waarmee zij hun oriëntatie op de patiënt nog duidelijker demonstreren dan ze dat doen met registrerende verbalisering. Ze betrekken de patiënt immers bij het vastleggen van informatie door een beslissing (instemming of afwijzing) te projecteren. Bovendien werken met name *formulations of upshot*, waarin een inhoudelijke verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting wordt geconstrueerd, als interactieel middel om informatie meteen verder uit te werken. Door formuleringen aan te pas-

sen, uit te breiden en te verifiëren wordt kennis gezamenlijk steeds verder uitgediept. De arts past haar *formulation* steeds aan de door de patiënt gegeven informatie aan, maar voegt daar alternatieve of nieuwe informatie aan toe. Op die manier past ze het verloop van het gesprek, het verhelderen van de klacht, steeds aan het interactieel gedrag van de patiënt aan. Daarnaast gebruiken huisartsen in opleiding regelmatig gesprekstructurende verbalisering. Hiermee komen ze terug op informatie die, meestal op initiatief van de patiënt, eerder in het gesprek aan de orde is geweest. Het lijkt erop dat huisartsen in opleiding vooral gericht zijn op de structuur van het gesprek en zich minder goed dan ervaren huisartsen kunnen aanpassen aan het interactieel gedrag van de patiënt.

6 Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk zal in de eerste paragrafen antwoord gegeven worden op de deelvragen van het onderzoek. Deze volgen uit de analyses die in de twee voorgaande hoofdstukken zijn beschreven. Vervolgens zullen deze in de discussie worden gezien in het licht van de literatuur en zal getracht worden een antwoord te geven op de hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat.

6.1 Verbaliseren door huisartsen in het medisch consult

Het startpunt van de analyse van het gebruik van verbaliseren door artsen in het huisarts-patiëntgesprek is de sequentiële positionering en de interactionele functies die aan die verschillende posities verbonden zijn. In de verschillende posities nemen verbaliseren bepaalde vormen aan (van letterlijke herhaling tot complete herformulering). Deze vormen, en met name de specifieke communicatieve functies die hieraan verbonden zijn bij *formulations of upshot*, hebben het tweede deel van de analyse bepaald.

6.1.1 Positionering en communicatieve functies

Uit de data blijkt dat er binnen huisarts-patiëntgesprekken op vijf verschillende posities in de sequentie-organisatie verbaliseren worden gepositioneerd door huisartsen: in een bevestigend tweede paardeel, als derdepositieafsluiter in een minimale post-expansie, binnen de lopende beurt van de patiënt als *continuer*, als eerste paardeel in een non-minimale postexpansie (*formulations*) en als eerste paardeel in een basissequentie (gesprekstructurerend). Aan deze positionering zijn verschillende interactionele functies verbonden die hieronder per positie nader zullen worden toegelicht.

Bevestigend tweede paardeel

Een verbalisering in een tweede paardeel heeft een nadrukkelijk bevestigend karakter en volgt op eerste paarden die een be-

vestiging projecteren. In de geanalyseerde data zijn dat de zogenaamde *negative interrogatives* en *declarative questions*. Een verbalisering in een tweede paardeel functioneert in de data dus als een geprefereerde respons op een eerste paardeel en geeft verduidelijking of opheldering. De verbaliseren die voorkomen als bevestigend tweede paardeel nemen de vorm aan van een letterlijke of een gedeeltelijke letterlijke herhaling. Er kan sprake zijn van kleine 'verschuivingen' (bijv. in woordvolgorde of prosodie), maar inhoudelijk verandert de uiting niet.

Derdepositieafsluiter

Wanneer een verbalisering voorkomt in de derde positie van een sequentie, wil dit soms zeggen dat hiermee de sequentie wordt afgesloten en overgegaan kan worden op een nieuwe sequentie. Wanneer een arts een verbalisering positioneert als derdepositieafsluiter herhaalt zij de informatie die de patiënt in tweede positie heeft gegeven (meestal als antwoord op een vraag van de arts). De verbalisering projecteert geen reactie van de patiënt en de nieuwe sequentie die volgt wordt, in alle in de data aangetroffen gevallen, geïnitieerd door de arts. Verbaliseren als derdepositieafsluiter hebben, net als verbaliseren in een bevestigend tweede paardeel, meestal de vorm van een gedeeltelijke letterlijke herhaling.

Continuer

Soms behandelt de patiënt de verbalisering (met hooguit kleine nuanceverschillen ten opzichte van de oorspronkelijke uiting) als *continuer*, oftewel als luisterrespons. In dat geval vervolgt de patiënt zijn lopende beurt. Dit komt uitsluitend voor wanneer de verbalisering door de arts in overlap met de beurt van de patiënt wordt gerealiseerd.

Formulation

De meeste verbaliseren in derde positie projecteren een (geprefereerde) instemmende of (gedisprefereerde) afwijzende reactie, waarmee ze zich positioneren als eerste paardeel

van een postexpansie. Dit zijn de door Heritage en Watson (1979) beschreven *formulations*. *Formulations* functioneren zo als interactioneel middel om informatie die de patiënt heeft gegeven, te verifiëren. Een geprefereerde respons wordt vaak minimaal gegeven in een postexpansie die er als volgt uitziet:

1 ^e paardeel	arts	<i>formulation</i>
2 ^e paardeel	patiënt	minimale instemmingsrespons (meestal: <i>ja</i>)
derdepositieafsluiter	arts	ontvangstbevestiger (<i>ja oke/ oke</i>)

De derdepositieafsluiter van de arts functioneert hier om de informatie te accepteren en te registreren. Het is nu onderdeel van het gemeenschappelijk kenniskader van de arts en de patiënt. Behalve met een minimale instemmingsrespons reageren patiënten ook vaak met een nadrukkelijke bevestiger op een *formulation* van de arts, bijvoorbeeld door deze (deels) te herhalen. Ook werkt een *formulation* vaak als aanzet tot nadere uitwerking van bepaalde informatie. De patiënt weidt dan na de minimale instemmingsrespons te hebben gegeven meteen verder uit over het onderwerp. Soms wordt de minimale instemmingsrespons zelfs helemaal overgeslagen en begint de patiënt direct met een nadere uitwerking van de informatie. Belangrijk om op te merken is dat het hier altijd gaat om informatie die iets toevoegt, niet om informatie die de *formulation* van de arts tegensprekt. In die gevallen is er sprake van een gedisprefereerde respons.

Hoewel gedisprefereerde responsen op *formulations* in de bestudeerde arts-patiëntgesprekken nauwelijks voorkomen, is het wel degelijk interessant te zien wat er in die enkele gevallen interactioneel gebeurt. Wanneer een *formulation* gevolgd wordt door een gedisprefereerd tweede paardeel, betekent dit dat de patiënt de interpretatie van de arts afwijst. De patiënt doet dit vaak met de minimale afwijzingsrespons *nee*, maar soms ook met een minder sterke negatie die bijvoorbeeld begint met *nou*, wat een indicator is voor een gedisprefereerde respons. In alle gevonden gevallen voorziet de patiënt zijn of haar afwijzing van een toelichting. Meestal is dit een alternatief voor de interpretatie in de *formulation* van de arts met een verantwoording daarvan. Opvallend is dat de arts vaak opnieuw met een *formulation* komt na zo'n gedisprefereerde respons van de patiënt. Zo krijgt een dergelijke post-expansie het karakter

van *herstel*. Gezamenlijk komen de arts en de patiënt vervolgens tot de juiste informatie en kunnen verder met de volgende sequentie.

Gesprekstructureerende verbalisering

Wanneer een verbalisering ver wegstaat van de oorspronkelijke uiting van de patiënt is er sprake van een bijkomende functie van de verbalisering. Behalve dat deze een instemming of afwijzing projecteert, functioneert de verbalisering ook als interactioneel middel om een topic te herintroduceren. De arts past *skip-connecting* toe en refereert met de verbalisering aan een uiting van de patiënt die eerder is gedaan dan het eraan voorgaande besproken topic. Ze maakt dus een sprongsgewijze terugkoppeling naar een beurt die verder wegligt. Soms zitten er maar enkele sequenties tussen, maar er zijn ook gevallen waarin de afstand erg groot is. Bijvoorbeeld wanneer de arts in de adviserende fase terugkomt op een uiting van de patiënt uit de fase van klachtpresentatie. De gesprekstructureerende verbaliseringen worden dus door de artsen geleverd wanneer de voorgaande sequentie en ook het voorgaande topic is afgesloten. De verbalisering functioneert dan duidelijk als middel om een topic te herintroduceren. Opvallend is wel dat het herintroduceren van een topic niet per definitie leidt tot een nadere uitwerking hiervan. Soms blijft het beperkt tot een minimale basissequentie waarin de verbalisering slechts wordt bevestigd door de patiënt, waarna alweer overgegaan wordt op een nieuw topic.

6.1.2 Vormgeving en communicatieve functies

Verbaliseringen kunnen variëren van letterlijke herhalingen tot volledige herformuleringen. Deze vormgeving en vooral de daarmee samenhangende communicatieve functies die *formulations* hierdoor vaak krijgen, staan in deze paragraaf centraal.

(Gedeeltelijke) letterlijke herhalingen

Verbaliseringen die functioneren als bevestigend tweede paardeel, derdepositieafsluiter of *continuer*, staan qua vormgeving dicht bij de oorspronkelijke uitingen. De veranderingen blijven over het algemeen beperkt tot kleine nuanceverschillen. De (gedeeltelijke) letterlijke herhalingen in een bevestigend twee-

de paardeel of als derdepositieafsluiter zorgen ervoor dat er *alignment* (overeenstemming) ontstaat tussen arts en patiënt. De verbalisering functioneren als registratiemiddel. De arts geeft ermee aan de gegeven informatie van de patiënt ter kennis te hebben genomen en sluit er eventueel de sequentie en soms ook het topic mee af. De informatie is nu vastgelegd in een gemeenschappelijk kenniskader.

Formulations

De *formulations* zijn geanalyseerd aan de hand van de typering van Heritage en Watson (1979). Zij onderscheiden *formulations of gist* en *formulations of upshot*. *Formulations of gist* geven de kern weer van (een) voorgaande uiting(en). In de geanalyseerde arts-patiëntgesprekken gebeurt dit met name in de fase van de klachtpresentatie en de anamnese. Soms volgen ze direct op een enkele uiting van de patiënt en soms volgen ze na een lange spreekbeurt van de patiënt waarin de arts de rol van nieuwsontvanger inneemt en de spreekbeurt van de patiënt slechts onderbreekt met *continuers*, oftewel minimale luisterreponsen. *Formulations of gist* worden op twee manieren geuit: soms wordt een uiting van de patiënt in de *formulation* volledig gehandhaafd door de arts, er is dan sprake van *preservation* (handhaving), en soms wordt slechts een deel van de uiting in de *formulation* behouden, er is dan sprake van *deletion* (weglating). Met de *formulation* markeert de arts de kern van de voorgaande spreekbeurt van de patiënt en projecteert daarmee een instemmende of afwijzende respons in het tweede paardeel. In de geanalyseerde arts-patiëntgesprekken zijn alleen geprefereerde responsen op *formulations of gist* aangetroffen.

Upshots zijn *formulations* met een concluderend karakter. De verbalisering bevat een verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting(en). Deze door Heritage en Watson aangeduide *transformation* manifesteert zich in de *formulations* op verschillende manieren. Soms worden alleen bepaalde elementen uit de voorgaande beurt(en) van de patiënt in de *formulation* aan elkaar gekoppeld, maar vaak vindt er een verandering plaats die een lokale communicatieve functie met zich meebrengt. Het gaat dan om *formulations* die *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding ten opzichte van de oorspronkelijke uiting laten zien.

Downgrading

Door middel van *downgrading* zwakt de arts de oorspronkelijke uiting van de patiënt af in haar *formulation*. *Downgrading* kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. Soms wordt een versterkend element uit de oorspronkelijke uiting weggelaten, soms wordt een woord of zinsdeel in zijn geheel vervangen door een zwakkere formulering. In de geanalyseerde huisarts-patiëntgesprekken volgt op een *formulation* met *downgrading* nooit een gedisprefereerde respons. Wel is het vaak aanleiding om het topic verder uit te werken. Dit gebeurt meestal op initiatief van de patiënt.

Upgrading

Formulations die *upgrading* laten zien bevatten een versterkend element ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Net als bij *downgrading* het geval is, kan *upgrading* zich manifesteren door een nieuw, in dit geval versterkend, element toe te voegen, maar ook door de oorspronkelijke formulering te vervangen door een sterkere formulering. In de gevonden *formulations* met *upgrading*, is dit laatste meestal het geval. Opvallend is dat *upgrading* vooral voorkomt in gesprekstructurende verbalisering en er soms een gedisprefereerde respons van de patiënt op volgt. Er is geen eenduidige relatie gevonden tussen *upshots* en gesprekstructurende verbalisering of *upshots* en gedisprefereerde responsen, maar het is een feit dat deze verbanden regelmatig voorkomen in de onderzochte data.

Specificatie

Specificatie maakt dat de arts de informatie in haar *formulation* nauwkeuriger omschrijft dan in de oorspronkelijke uiting werd gedaan. Dit kan door iets toe te voegen aan de oorspronkelijke uiting wat geen nieuwe informatie is, maar de omschrijving wel specificiert. Ook kan de arts een conclusie trekken uit de oorspronkelijke uiting van de patiënt, waarmee ze deze verder uitwerkt, oftewel specificiert. In tegenstelling tot *formulations* die uitbreiding bevatten ten opzichte van de oorspronkelijke uiting, blijven specificerende *formulations* inhoudelijk dicht bij de oorspronkelijke informatie die de patiënt heeft gegeven. Op een specificerende *formulation* volgt in de geanalyseerde data altijd een geprefereerde respons van de patiënt. Meestal

bestaat deze uit een minimale instemmingsrespons (*ja*) en volgt er geen nadere uitwerking van de informatie.

Uitbreiding

Op *Formulations* waarin de oorspronkelijke uiting van de patiënt wordt uitgebreid, volgt het vaakst een gedisprefereerde respons van de patiënt. Dit gebeurt vooral wanneer de arts compleet nieuwe informatie aan de uiting van de patiënt toevoegt, die op die manier eigenlijk woorden in de mond gelegd krijgt. Soms worden uitbreidingen ook gerealiseerd doordat de arts een evaluatieve stellingname aan de informatie uit de oorspronkelijke uiting toevoegt. Na een dergelijke *formulation* wordt een geprefereerde, instemmende respons geleverd door de patiënt.

Formulations waarin *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding voorkomt, lijken ingezet te worden om kennis van de arts steeds verder uit te breiden. De arts verbaliseert dan steeds wat de patiënt zegt om meer informatie en verbanden expliciet te krijgen. Ze doet dat door de oorspronkelijke uiting van de patiënt in meer of mindere mate te veranderen. Deze *formulation* krijgt vervolgens de interactionele functie van een bevestigingsverzoek aan de patiënt. Deze bevestiging wordt meestal minimaal gegeven met de instemmingsrespons *ja*. Op deze manier ontstaat er een steeds duidelijker beeld van bijvoorbeeld de exacte klacht van de patiënt. De arts verifieert immers steeds haar interpretatie van de door de patiënt gegeven informatie, waardoor de patiënt ook in de gelegenheid wordt gesteld om steeds meer te verhelderen. Hierdoor wordt de kans op misverstanden kleiner. Ook kan de klacht op deze manier, met name wanneer de arts haar verbaliserings voorziet van uitbreidingen, verder worden uitgediept zonder dat er steeds een compleet nieuwe vraag gesteld hoeft te worden.

Met behulp van de resultaten van de analyse kan deelvraag 1, *welke typen verbaliserings gebruiken huisartsen in interactie met patiënten?*, worden beantwoord. Globaal zijn er drie typen verbaliserings aangetroffen in de data:

- Registrerende verbaliserings:
 - bevestigend tweede paardeel
 - derdepositieafsluiter
 - *continuer*
- Gesprekstructurerende verbaliserings

- Begripsverifiërende *formulations* en uitbreidende *formulations of upshot*

6.2 Ervaren huisartsen versus huisartsen in opleiding

In hoofdstuk 5 zijn de belangrijkste verschillen tussen het gebruik van verbaliserings door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds geanalyseerd. In deze paragraaf zullen de resultaten hiervan worden weergegeven door aan te geven welk type verbalisering door wie wordt gerealiseerd. Hiermee wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag: *In hoeverre verschilt het gebruik van verbaliserings door ervaren huisartsen van dat van huisartsen in opleiding?* De eerste en meest in het oog springende observatie in de vergelijkende analyse is dat ervaren huisartsen relatief veel vaker gebruik maken van verbaliserings dan huisartsen in opleiding. Zelfs ruim twee keer zo vaak. Wanneer er vervolgens gekeken wordt naar de typen verbaliserings die ervaren huisartsen gebruiken, blijken dat met name *formulations* te zijn. In tegenstelling tot huisartsen in opleiding, die verbaliserings juist ook vaak gebruiken als derdepositieafsluiter in een minimale postexpansie, gebruiken ervaren huisartsen met name *formulations* die direct volgen op de oorspronkelijke uiting van de patiënt. Daarbij zijn het juist de huisartsen in opleiding die gebruik maken van verbaliserings die ver van de oorspronkelijke uiting van de patiënt aflaggen, de zogenoemde gesprekstructurende verbaliserings. Gekeken naar de interactionele functies van deze verschillende typen verbaliserings kunnen een aantal dingen worden opgemerkt.

Registrerende verbaliserings

Met registrerende verbaliserings (bevestigend tweede paardeel, *continuer* en derdepositieafsluiter) laat de arts haar oriëntatie op de patiënt zien en demonstreert zij haar gerichtheid op overeenstemming. De verbaliserings geven duidelijker dan minimale luister- of instemmingsresponsen aan dat de arts de informatie van de patiënt heeft gehoord en leggen de informatie vast in een gezamenlijk kenniskader. Uit de kwantitatieve vergelijking van het gebruik van verbaliserings door ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding

anderzijds blijkt dat huisartsen in opleiding relatief veel vaker gebruik maken van verbaliseringen als derdepositieafsluiter. De ervaren huisartsen leveren iets meer verbaliseringen als *continueren* en de bevestigende tweede paardelen worden even vaak geleverd. Beiden gebruiken verbaliseringen dus als registratiemiddel en laten daarmee hun oriëntatie op de patiënt zien.

Formulations

Een opvallender verschil is aangetroffen in het gebruik van *formulations*. Ervaren huisartsen leveren deze opvallend vaker dan huisartsen in opleiding. *Formulations* worden direct na de oorspronkelijke uiting van de patiënt gepositioneerd als eerste paardeel in een postexpansie. Uit de literatuur met betrekking tot *formulations* (Heritage & Watson, 1979; Van Kruiningen, 2010) komt naar voren dat deze een goed interactieel middel kunnen zijn om tot intersubjectief begrip te komen. Wanneer een participant, in dit geval de arts, een uiting die eerder in het gesprek door een andere participant is gedaan, in dit geval de patiënt, selecteert en naar eigen interpretatie herformuleert, kan zij deze markeren als relevant topic voor begripsverificatie of verdere uitwerking. Zo kan miscommunicatie zo veel mogelijk worden voorkomen en ontstaat er een gezamenlijk kenniskader met betrekking tot, in dit geval, de klacht(en) van de patiënt. De huisartsen gebruiken *formulations of gist* om de kern van (een) voorgaande uiting(en) van de patiënt te markeren en *formulations of upshot* om interpretaties te controleren en/of informatie verder uit te werken. Beide typen functioneren zo als controlemiddel doordat ze instemming of afwijzing (een beslissing) projecteren en met name de *upshots* die *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding bevatten, geven een aanzet tot verdere uitwerking van het topic dat ter sprake is.

Met *formulations* laat de arts nog duidelijker interactieele oriëntatie op de patiënt zien dan met registrerende verbaliseringen. De arts betreft de patiënt bij het registreren van informatie door haar interpretatie ervan bij hem/haar te verifiëren. Wanneer de patiënt de *formulation* van de arts accepteert is er overeenstemming bereikt over de informatie en kan doorgedaan worden met het gesprek. Ook in dit geval is er echter nog niet echt sprake van adaptiviteit ten opzichte van de patiënt. Adaptief interactieel gedrag komt tot uiting wanneer

een gesprekspartner zich duidelijk aanpast aan de ander. Dit gedrag wordt wel zichtbaar wanneer de arts haar *formulations* voorziet van een duidelijk transformerend element. Ze realiseert dan *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt. In die gevallen diep de arts de informatie verder uit door gebruik te maken van de door de patiënt al gegeven informatie. In plaats van een nieuwe vraag te stellen integreert ze deze in de *formulation*. Hiermee past ze de structurering van het gesprek aan de patiënt aan. Diens informatie geldt als uitgangspunt voor het directe vervolg van het gesprek.

Gesprekstructurende verbaliseringen

Het laatste opvallende verschil is dat huisartsen in opleidingen hun verbaliseringen regelmatig ver van de oorspronkelijke uiting van de patiënt plaatsen. Ze maken dan gebruik van *skip-connecting* om op informatie die soms al veel eerder in het gesprek, maar in elk geval voorafgaand aan het direct daarvoor besproken topic, door de patiënt is gegeven, te herintroduceren. In tegenstelling tot de *formulations*, wijst dit type verbalisering juist op een sterke interactieele oriëntatie van de arts op de structuur van het gesprek in plaats van op de patiënt. Wanneer een arts gebruik maakt van gesprekstructurende verbaliseringen, lijkt het erop dat zij degene is die bepaalt wanneer bepaalde topics in het consult worden besproken in plaats van dat ze informatie die de patiënt geeft als uitgangspunt gebruikt om haar kennis direct verder uit te breiden.

6.3 Discussie

Na alle resultaten van de analyses op een rijtje te hebben gezet, is het interessant om te kijken wat het onderzoek heeft opgeleverd en welke theoretische en praktische implicaties dit heeft. In deze paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: *In hoeverre gebruiken ervaren huisartsen enerzijds en huisartsen in opleiding anderzijds (bepaalde typen) verbaliseringen om interactieele adaptiviteit ten opzichte van de patiënt te construeren?* Ook zullen in deze paragraaf aanbevelingen gedaan worden voor een eventueel te volgen vervolgetraject naar aanleiding van dit onderzoek.

Verbaliseren in het huisarts-patiëntgesprek

De analyses die in het kader van dit onderzoek zijn uitgevoerd hebben ervoor gezorgd dat we nu weten hoe verbaliseren in huisarts-patiëntgesprekken door artsen worden ingezet. Alle uitingen van patiënten die op één of andere manier door artsen worden herhaald of geherformuleerd zijn beschreven op basis van hun sequentiële positie, en de daarmee samenhangende interactionele functies, in het huisarts-patiëntgesprek. Vervolgens is vooral het gebruik van *formulations* nader onder de loep genomen waardoor we nu weten hoe deze functioneren. Drew (1998) had dit al gedaan voor *formulations* in de institutionele settings van psychotherapeutische consulten (de patiënt tracht met *formulations* te interpreteren wat de therapeut bedoelt te zeggen), interactieve radioprogramma's (de presentator gebruikt een *formulation* om een (tendentieuze) versie te geven van het argument van de beller, als een eerste actie in een argumentatiesequentie), nieuwsinterviews (interviewers leveren *formulations* van eerdere antwoorden van de geïnterviewde persoon om hen uit te nodigen en aan te moedigen om uit te weiden over een specifiek gedeelte van dat antwoord) en zakelijke onderhandelingsgesprekken (hierin geeft een spreker een *formulation* van wat een andere spreker eerder heeft gezegd in een poging om een compromis te bereiken dat hetgeen waarover gediscussieerd wordt, oplost).

De resultaten van de analyse van *formulations* in huisarts-patiëntgesprekken lijken echter nog de meeste overeenkomsten te vertonen met de analyse van *formulations* in universitair onderwijsoverleg die Van Kruijningen (2010) heeft uitgevoerd. De beschrijving van *formulations* die zij geeft, komt sterk overeen met de in dit onderzoek aangetroffen functies van *formulations*: begripsverifiërend en uitbreidend. Net als in het onderzoek van Van Kruijningen functioneren *formulations* in het huisarts-patiëntgesprek niet om de a-symmetrie in de relatie tussen de gesprekdeelnemers naar voren te brengen, zoals in veel andere institutionele settings wel het geval is (Heritage, 1985; Drew, 2003), maar met begripsverifiërende en uitbreidende *formulations* tonen participanten juist hun oriëntatie op elkaar.

Oriëntatie op de patiënt

De geanalyseerde verbaliseren komen met name voor in de fase van de klachtpresentatie en de anamnese fase die hier vaak snel op volgt. De overgang van klachtpresentatie naar verbaal anamnese-onderzoek betekent tevens een verschuiving van het initiatief van de patiënt naar de arts (zie paragraaf 2.1.3). Dit zou kunnen worden opgevat als een negatieve ontwikkeling omdat de arts nu haar autoriteit laat zien en de patiënt minder ruimte krijgt de inhoud van het gesprek te bepalen. Peräkylä (2006) is echter van mening dat de autoriteit van de arts een noodzakelijk aspect is van het specifieke institutionele karakter van het medisch consult. Juist dit diep verankerde autoriteitsverschil tussen arts en patiënt zou ervoor zorgen dat de interactie soepel verloopt. Het geeft artsen de mogelijkheid hun manieren van redeneren uit te leggen aan de patiënt en de patiënt kan zijn ideeën uiten zonder de autoriteit van de arts in twijfel te trekken. Daarbij geven Heritage en Robinson (2006) aan dat patiënten vaak juist blij zijn als de arts het initiatief overneemt en het verbale anamnese-onderzoek start, omdat dit betekent dat hun klacht serieus wordt genomen (*doctorable concern*). Dat de interactionele rollen en machtsverschillen onderdeel zijn van de specifieke arts-patiëntrelatie mag duidelijk zijn, maar dat betekent niet dat er geen sprake kan zijn van een zekere oriëntatie op elkaar.

Het medisch consult is een specifieke vorm van institutionele communicatie dat (in het geval van een nieuwe klachtpresentatie) tot doel heeft de klacht van de patiënt voor de arts te verhelderen zodat deze tot een juiste diagnose en relevante advisering kan komen, die bovendien aanvaardbaar is voor de patiënt. De gespreksdeelnemers, de arts en de patiënt, pogen dit doel te bereiken door een vaststaande structuur te volgen en een bepaalde interactionele identiteit aan te nemen. Hoewel het initiatief in het medisch consult voornamelijk bij de arts ligt, is het voor haar wel van belang de informatie die de patiënt geeft steeds goed voor ogen te houden. De arts en de patiënt moeten immers samen tot de juiste informatie met betrekking tot de klacht van de patiënt komen. Door gedurende het gesprek al gericht te zijn op deze gezamenlijkheid voor wat betreft het construeren van de juiste informatie, is de kans groter dat de patiënt de diagnose en het advies van de arts accepteert. Gill en Maynard (2006) lieten al zien dat het voor

het interactionele verloop van het gesprek niet goed is wanneer een arts informatie die de patiënt geeft negeert, omdat deze niet past binnen de specifieke fase van het consult waarin zij zich bevinden. In hun analyse gaat het dan om verklaringen die patiënten geven voor hun klacht in de fase van informatievergaar- ing (anamnese). Gill en Maynard tonen aan dat artsen op z'n minst zouden moeten aangeven dat zij de verklaring van de pa- tiënt hebben gehoord en deze in overweging zullen nemen als zij een interactioneel conflict willen voorkomen (spanning tus- sen lokale, sequentiële organisatie van de communicatie en de organisatie van het medisch consult als geheel).

Verbaliseren blijken een goed interactioneel middel om in- formatie die de patiënt geeft op z'n minst te registreren. Door als arts aan te geven de informatie van de patiënt te hebben gehoord en te hebben geregistreerd, kan voorkomen worden dat interactionele conflicten, zoals beschreven door Gill en Maynard (2006), ontstaan. De arts laat haar oriëntatie op de patiënt zien door oriëntatie op overeenstemming te demon- streren. De registrerende verbaliseren maken de informatie die de patiënt geeft tot gezamenlijke kennis. De arts laat op de- ze manier zien de patiënt te begrijpen, maar begrip tonen van elkaar is wel duidelijk iets anders dan begrip tonen vóór elkaar. Wanneer een arts zich echt meer wil aanpassen aan de patiënt zal zij diens informatie niet alleen moeten registreren, maar ook moeten gebruiken om het gesprek vorm te geven. Dit is wat in dit onderzoek *interactionele adaptiviteit* wordt genoemd.

Interactionele adaptiviteit

Uit de analyse van *formulations* in huisarts-patiëntgesprekken is duidelijk geworden dat deze in eerste instantie functioneren als interactioneel middel voor de arts om haar interpretatie van de informatie die de patiënt heeft geleverd te verifiëren. In de lite- ratuur wordt het geven van *formulations* beschreven als een belangrijk interactioneel middel om oriëntatie op de andere gespreksdeelnemer mee uit te drukken. Zo beschrijven Heritage & Watson (1979) *formulations* als interactionele middelen waarmee interpretaties van uitingen van gesprekspartners wor- den getoond en gecontroleerd. Discrepancies kunnen zo worden gevonden en gecorrigeerd. Daarnaast functioneren specifiek de *formulations of upshot*, waarmee de arts een ver- andering aanbrengt in de oorspronkelijke uiting van de patiënt,

om de informatie verder uit te diepen. Dit lijkt dus een goed middel om de gezamenlijke informatieopbouw en klachtver- heldering te bewerkstelligen en zo het doel van het gesprek te bereiken.

Adaptief interactioneel gedrag komt tot uiting wanneer een gesprekspartner zich duidelijk aanpast aan de ander. In die ge- vallen diept de arts de informatie verder uit door gebruik te maken van de door de patiënt al gegeven informatie. In plaats van een nieuwe vraag te stellen integreert ze deze in de *formu- lation*. Hiermee past ze de structureren van het gesprek aan de patiënt aan. Diens informatie geldt als uitgangspunt voor het directe vervolg van het gesprek. Met name wanneer er sprake is van langere reeksen van opeenvolgende *formulation-* beslissingsequenties, waarin de arts uitbreiding op uitbreiding levert door steeds de informatie die de patiënt geeft te verbalis- eren, construeren de participanten stapsgewijs gezamenlijk informatie, werken ze deze nader uit, en exploreren zo geza- menlijk de klacht van de patiënt.

Uit de vergelijkende analyse van de ervaren huisartsen en de huisartsen in opleiding blijkt dat begripsverifiërende en uitbrei- dende *formulations* vooral worden ingezet door ervaren huisartsen. Huisartsen in opleiding zetten relatief meer registre- rende verbaliseren in (met name als derdepositieafsluiter). Ze geven ermee aan de informatie van de patiënt gehoord en geregistreerd te hebben, daarmee wordt het gezamenlijke ken- nis, maar werken deze vervolgens niet verder uit. De vraag is nu of hier een verklaring voor te vinden is.

Ervaren huisartsen versus huisarts in opleiding

Het lijkt erop dat ervaren huisartsen beter in staat zijn de rich- ting van het gesprek aan te passen aan de informatie die de patiënt op een bepaald moment geeft. De huisarts in opleiding registreert de informatie vaak wel, maar doet er vaak niet direct iets mee. Dit wijst erop dat huisartsen in opleiding zich interac- tioneel wel oriënteren op de patiënt, maar nog veel minder dan ervaren huisartsen in staat zijn zich ook interactioneel aan te passen aan de patiënt.

Ervaren huisartsen lijken minder vast te houden aan een vast- staande structuur. Ze houden zich wel aan de fases van het medisch consult en behouden het initiatief, maar spelen tevens

direct in op informatie die door patiënten wordt gegeven en diepen een onderwerp vaak direct verder uit, zonder dat er nieuwe vraag gesteld hoeft te worden. Huisartsen in opleiding maken relatief veel minder gebruik van *formulations* en lijken meer georiënteerd op de structuur van het gesprek. Ze spelen minder makkelijk in op (extra) informatie die de patiënt geeft. Dit blijkt ook uit het relatief vaak voorkomen van gesprekstructurende verbalisering in consulten van huisartsen in opleiding. Op het moment dat de arts daar aan toe is, komt een bepaald topic aan de orde.

In de bespreking van de verschillen tussen experts en novices vanuit de psychologisch-wetenschappelijke literatuur bleek dat artsen een bepaalde ontwikkeling doormaken in hun probleemoplossingstrategieën. De huisartsen in opleiding die in dit onderzoek hebben geparticipeerd waren net in de door Boshuizen (1989) aangeduide fase die gekarakteriseerd wordt door kennisbijeenbrenging, -verrijking en verfijning. De kennis die hieruit voortkomt wordt gerepresenteerd in ziektescripts (zo'n script bevat kennis over een bepaalde ziekte, de voorwaarden die ervoor zorgen dat je die ziekte krijgt en de, met de ziekte geassocieerde, symptomen) en semantische netwerken en mentale modellen. Beide lagen worden verondersteld uiteindelijk samen te gaan, met als resultaat een kennisbase die een flexibele toepassing van de kennis mogelijk maakt. Dit zal bij de huisartsen in opleiding nog niet het geval zijn wat zich kan uiten in een sterke oriëntatie op ziektescripts (die een bepaalde structuur bevatten), terwijl de ervaren huisartsen al in de expertfase opereren waarin medische basiskennis samengesteld lijkt te zijn uit en geïntegreerd lijkt te zijn met de kennis van de ziektescripts. Ze kunnen hier dus flexibeler mee omgaan.

Doordat de ervaren huisarts de structuur van het medisch consult meer aanpast aan wat de patiënt ter sprake brengt, lijkt het gesprek soepeler te verlopen. De huisarts in opleiding, die zich strikt lijkt te houden aan een vragenlijst die zij voor zichzelf afwerkt om tot een diagnose te kunnen komen, past zich minder aan de patiënt aan en zal daardoor wellicht een langere tijd nodig hebben om tot haar diagnose te komen, loopt een groter risico op miscommunicatie en moet regelmatig op informatie terugrijpen waardoor het consult een onsamenhangend karakter kan krijgen.

Vervolgtraject

Vervolgonderzoek kan zich richten op het herhalen van de analyse van het gebruik van verbalisering door dezelfde huisartsen in opleiding, maar nu later in hun opleiding of zelfs wanneer zij al aan het werk zijn. Wanneer dit over een langere periode meerdere malen herhaald zou worden, is het mogelijk een beeld te krijgen van de ontwikkeling die huisartsen in opleiding doormaken op dit gebied. Door de ontwikkeling te volgen kun je deze in kaart brengen.

De analyse zou gedaan kunnen worden door weer alle verbalisering van de huisartsen in opleiding te selecteren en deze vervolgens onder te brengen in één van de volgende categorieën die de typen verbalisering laten zien die van belang zijn:

- de registrerende verbalisering:
 - bevestigend tweede paardeel
 - derdepositieafsluiter
 - *continuer*
- de gesprekstructurende verbalisering
- de begripsverifiërende en uitbreidende *formulations*.

Hierbij zou ik willen aanbevelen de *formulations* nader te analyseren en te bekijken of deze voornamelijk werken als controlemiddel of ook gebruikt worden om informatie verder uit te werken. Dit gebeurt met name wanneer gebruik wordt gemaakt van *upshots* waarin sprake is van *downgrading*, *upgrading*, specificatie en/of uitbreiding ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt.

Tevens kan het interessant zijn in vervolgonderzoek andere interactionele fenomenen te beschrijven die de interactionele adaptiviteit van de arts ten opzichte van de patiënt bepalen. Op die manier zou een compleet scala van fenomenen kunnen ontstaan waarmee de mate van interactionele adaptiviteit van een arts ten opzichte van haar patiënten kan worden beschreven.

7 Literatuur

Antaki, C., Barnes, R. & Leudar, I. (2007). Members' and analysts' interests: 'formulations' in psychotherapy. In: Hepburn, A & Wiggins, S. (eds.), *Discursive research in practice. New approaches to psychology and interaction*. New York: Cambridge University Press.

Berenst, J. (1986). Conversational control in doctor patient interaction. In: Ensink, T., Essen van, A. & Geest van der, T. (eds.), *Discourse analysis and public life*. Dordrecht: Foris Publications Holland.

Berenst, J. (1994). *Relationeel taalgebruik: conversationale strategieën in interpersonele en interculturele communicatie*. Amsterdam: Thesis publishers.

Berenst, J. (2003). *Identiteiten en sociale relaties in gesprekken. Syllabus bij het college Gespreksanalyse*. Groningen: RuG.

Boshuizen, H.P.A. (1989). *De ontwikkeling van medische expertise, een cognitief-psychologische benadering*. Meppel: Krips Repro.

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

Drew, P. (2003). An exercise in the comparative analysis of talk-in-interaction in different (institutional) settings: the case of 'formulations'. In: Glenn, P.J., LeBaron, C.D. & Mandelbaum, J. (eds.), *Studies in language and social interaction : in honor of Robert Hopper* (pp. 293-308). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Garfinkel, H. & Sacks, H. (1970). On formal structures of practical actions. In: McKinney, J.C. & Tiryakian, E.A. (eds.), *Theoretical sociology* (pp. 337-66). New York: Appleton-Century-Crofts.

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

Have, P. ten (1987). *Sequenties en formuleringen: aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-spreekurgesprekken*. Dordrecht: Foris.

Heritage, J. (1995). Conversation analysis and institutional talk. In Fitch, K.L. & R.E. Sanders (Eds.), *Handbook of language and social interaction* (pp. 103-147). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers.

Heritage, J. & Watson, D.R. (1979). Formulations as conversational objects. In: Psathas, G. (eds.), *Everyday language. Studies in ethnomethodology* (pp. 123-162). New York: Irvington Publishers, Inc.

Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. In: Fitch, K.L. & Sanders, R.E. (eds.), *Handbook of language and social interaction* (pp. 103-147). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Heritage, J. & Maynard, D.W. (2006). *Communication in medical care*. New York: Cambridge University Press.

Heritage, J. & Robinson, J.D. (2006). Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. In: Heritage, J. & Maynard, D.W. (eds.), *Communication in medical care* (pp. 48-85). New York: Cambridge University Press.

Joosten, A. (1997). *Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-patiëntgesprekken. Een gespreksanalytische studie*. Enschede: Print Partners Ipskamp.

Kruiningen, J.F. van. (2010). *Onderwijsontwerp als conversatie. Probleemoplossing in interprofessioneel overleg*. Dissertatie: Rijksuniversiteit Groningen.

Mazeland, H.J. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho b.v.

Peräkylä, A. (2006). Communicating and responding to diagnosis. In: Heritage, J. & Maynard, D.W. (eds.), *Communication in medical care* (pp. 214-247). New York: Cambridge University Press.

Robinson, J.D. (2006). Soliciting patients' presenting concerns. In: Heritage, J. & Maynard, D.W. (eds.), *Communication in medical care* (pp. 22-47). New York: Cambridge University Press.

Sacks, H. (1995). *Lectures on conversation*. Oxford: Blackwell Publishing.

Scheff, T.J. (2006). *Goffman Unbound! A New Paradigm for Social Science*. Boulder, CO [etc.] : Paradigm Publishers.

Schegloff, E.A. (1996). Confirming allusions: toward an empirical account of action. *The American journal of sociology*, 102:1, 161-216.

Schegloff, E.A. (2007). *Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis I*. New York: Cambridge University Press.

Schraagen, J.M.C. (1990). *How experts solve a novel problem within their domain of expertise*. Soesterberg: Instituut voor Zintuigfysiologie TNO.

Stivers, T. (2008). Stance, alignment, and affiliation during storytelling: when nodding is a token of affiliation. *Research on language and social interaction*, 41:1, 31-57.

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