



Patiëntparticipatie tijdens medische consulten

Een exploratief onderzoek om de verbale participatie van patiënten te vergelijken tussen reguliere consulten en videoconsulten met een arts over de uitslag van weefselonderzoek naar aanleiding van een (mogelijke) diagnose van kanker.

Student: Madelon den Tuinder

Opleiding: Radboud Universiteit
Communicatie- en Informatie Wetenschappen
Master Communicatie en Beïnvloeding
Eerste versie masterscriptie

Beoordeling: Dr. H. Giesbers (eerste lezer)
Dr. W. Stommel (tweede lezer)

Datum: 13-06-2018

Voorwoord

Tijdens een gastcollege van de cursus Medische Communicatie kwam een specialist uit het Radboud UMC vertellen over het Facetalk-onderzoek; een onderzoek waarin medische videoconsulten worden onderzocht. Tijdens het gastcollege vertelde de chirurg over zijn recente praktijkervaring met consultvoering via videoverbinding en de invloed die dit naar zijn idee had op de communicatie met de patiënt. Mijn interesse in dit nieuwe verschijnsel was meteen gewekt aangezien het twee domeinen combineert die mij zeer interesseren: communicatie en gezondheid.

Het is dan ook niet voor niets dat ik daarvoor al zonder twijfel solliciteerde voor het scriptiethema ‘de participerende patiënt’ zodat ik mij verder kon verdiepen binnen mijn profiel gezondheidscommunicatie. In het begin was het even zoeken naar hoe ik binnen dit brede thema een specifieke vorm van patiëntparticipatie kon onderzoeken, maar later bleek ik dit te mogen doen door aan te sluiten bij het Facetalk-onderzoek waarover in het gastcollege werd verteld.

Tijdens het gastcollege vroeg ik aan de chirurg of hij een verschil merkte in participatie bij patiënten tijdens videoconsulten in vergelijking met patiënten in reguliere consulten. Toen hij aangaf dat een dergelijk verschil hem nog niet was opgevallen, merkte ik dat ik zelf eigenlijk wel erg benieuwd was of dat zo zou zijn. Ik was dan ook zeer enthousiast toen duidelijk werd dat ik het onderzoek van mijn scriptie aan dit specifieke onderwerp kon wijden, zeker omdat het echt een onderwerp is waarover nog weinig bekend was.

Dat maakte het schrijven van de scriptie en het opzetten van een goede methode wel lastig; er was immers geen eerder onderzoek naar patiëntparticipatie in medische videoconsulten uitgevoerd en ik had hier dus geen goed voorbeeld in. Mijn dank is dan ook zeer groot dat mijn begeleider dr. Herman Giesbers altijd met me mee wilde denken op momenten dat ik keuzes moest maken binnen het scriptieproces. Daarnaast wil ik ook dr. Wyke Stommel hartelijk bedanken voor haar tijd, moeite en betrokkenheid bij het onderwerp van mijn scriptie. Uiteraard had mijn scriptie zich niet op patiëntparticipatie in medische videoconsulten kunnen richten wanneer Martijn Stommel, de specialist uit het Radboud UMC, niet over zijn onderzoek had verteld. Ook hem wil ik bedanken voor de mogelijkheid om de data van het Facetalk-onderzoek te gebruiken voor mijn eigen onderzoek.

Madelon den Tuinder

Nijmegen, juni 2018

Samenvatting

Patiëntbetrokkenheid neemt een steeds belangrijkere plaats in binnen de gezondheidszorg. Dit heeft als gevolg dat patiënten actiever betrokken worden bij hun eigen zorg, wat onder andere naar voren komt in het consult tussen arts en patiënt. Waar vroeger de arts het gesprek volledig leidde en gezondheid gerelateerde keuzes maakte voor de patiënt, heeft momenteel de patiënt zelf een grotere inbreng en is de relatie tussen arts en patiënt daardoor veranderd. Deze veranderde relatie heeft invloed op de interactie tussen arts en patiënt tijdens het consult. Een belangrijk aspect van deze interactie waarbij de patiënt centraal staat, is de participatie van patiënten.

Een nieuwe ontwikkeling binnen de gezondheidszorg is om consulten via een videoverbinding te voeren, waardoor gemedieerde communicatie ontstaat. Consultvoering via videoverbinding kan invloed hebben op de interactie tussen arts en patiënt, en daarmee dus ook op de participatie van patiënten tijdens het consult. Het huidige onderzoek analyseert patiëntparticipatie om na te gaan of participatie in videoconsulten verschilt met de participatie tijdens reguliere consulten. Tijdens de analyse zijn uitingen van patiënt – indien mogelijk – ingedeeld in opgestelde categorieën en subcategorieën om participatie te meten, met als hoofdcategorieën 1) het stellen van vragen, 2) het uitdrukken van zorgen, en 3) assertieve uitingen.

Uit de resultaten van de analyses blijkt dat patiënten tijdens videoconsulten niet meer participeren dan in reguliere consulten, maar wel dat uitingen verschillend verdeeld zijn over de (sub-)categorieën. Zo stellen patiënten in reguliere consulten meer vragen en doen patiënten tijdens videoconsulten meer assertieve uitingen in vergelijking met het andere type consult. Hieruit kan geconcludeerd worden dat tijdens de geanalyseerde consulten het medium niet van invloed was op de hoeveelheid van participatie, maar wel op de manier waarop patiënten participeren. Gezien de kleinschaligheid van het onderzoek gelden deze resultaten alleen voor de geanalyseerde consulten en kunnen de conclusies niet worden gegeneraliseerd.

Inleiding

De laatste jaren vindt men dat de patiënt een meer centrale rol binnen de gezondheidszorg zou moeten spelen dan daarvoor het geval was. Een belangrijke manier om de patiënt meer centraal te stellen, is door de patiënt meer ‘empowered’ te laten zijn. Om dit te behalen is het nodig dat de zorg patiëntgericht is, waar actieve participatie van de patiënt voor nodig is (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus, & Van Hecke, 2016).

Patiëntparticipatie is een breed begrip waar de laatste jaren veel onderzoek naar is gedaan. Participatie bestaat op verschillende niveaus: op macroniveau, waar het draait om beleid; op mesoniveau waarbij het bijvoorbeeld gaat om het ontwikkelen van service, om plannen en om het opleiden en trainen van zorgverleners; en ten slotte op microniveau, waar individuele (gezondheids-)zorg mee bedoeld wordt (Castro et al., 2016).

Het huidige onderzoek richt zich op het laatste niveau en focust zich daarbij op het consult tussen arts en patiënt. Tijdens het medische consult vindt informatie-uitwisseling plaats tussen twee personen die zich op een verschillend niveau bevinden qua kennis en expertise, wat tekenend is voor de interactie tijdens het consult. Patiëntparticipatie is een belangrijk aspect van deze interactie en is dan ook veelvuldig onderzocht.

Een medisch consult kan face-to-face plaatsvinden, maar met de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologieën vindt de interactie tussen arts en patiënt ook plaats via verschillende media zoals e-mail en platforms (Arminen, Licoppe & Spagnolli, 2016). Een nieuwe ontwikkeling binnen de gezondheidszorg is om consulten via een videoverbinding te voeren. Deze videoconsulten lijken op reguliere consulten aangezien arts en patiënt elkaar kunnen zien en direct met elkaar in gesprek zijn. Toch verloopt deze interactie mogelijk anders doordat het gesprek via een medium gevoerd wordt.

Patiëntparticipatie is onderzocht op basis van de communicatie tussen arts en patiënt in reguliere consulten. Gezien het recente gebruik van medische videoconsulten is er nog geen kennis over de participatie van patiënten in dergelijke consulten. Het huidige onderzoek richt zich daarom op het analyseren van patiëntparticipatie in medische consulten, zowel in reguliere consulten als in videoconsulten zodat er een vergelijking gemaakt kan worden tussen de consulten qua participatie.

Wel is al bekend dat videoconsulten voordelen op kunnen leveren die niet aan de orde zijn bij reguliere consulten. Zo hoeven patiënten niet meer naar de arts toe te komen, waardoor de reislust wordt verlicht (Bouma et al., 2018), wat tijd, geld en moeite scheelt. Dit kan ervoor zorgen dat zij minder tijd van werk of school hoeven te missen (Pearl, 2014). Aangezien patiënten het gesprek in hun eigen omgeving kunnen voeren, kunnen zij gemakkelijker meer

mensen (zoals familie/ naasten) bij het gesprek betrekken, die hen bijvoorbeeld kunnen steunen, met hen mee kunnen denken of hen kunnen helpen de informatie van het gesprek te onthouden. Of consultvoering via videoverbinding ook voordelen oplevert met betrekking tot patiëntparticipatie, zal in het huidige onderzoek onderzocht worden.

Literatuurbespreking

Patiëntparticipatie tijdens het consult met de arts

Gesprek tussen arts en patiënt

Binnen de gezondheidszorg is het consult tussen zorgverlener (arts) en patiënt een essentieel onderdeel (Street Jr & Millay, 2001). Over het algemeen hebben gesprekken tussen arts en patiënt eenzelfde opbouw, namelijk: 1) opening van het gesprek, 2) presenteren van klachten door patiënt, 3) detaillering met onderzoek en/of testen, 4) diagnosestelling door arts, 5) bespreken van advies en/of behandeling, 6) afsluiting van het gesprek (Ten Have, 2002).

Uit onderzoek blijkt dat arts en patiënt tijdens het consult een vaste rol innemen, waarbij de arts leidend is en de patiënt volgend. Dit is te verklaren doordat het gesprek plaatsvindt in het ‘territorium’ van de arts, waar de arts als gastheer wordt gezien en de patiënt te gast is (Ten Have, 2002). Vooral in de openingsfase van het gesprek is dit duidelijk herkenbaar. Eerst groeten arts en patiënt elkaar en vervolgens wordt de patiënt door de arts uitgenodigd om binnen te komen en te gaan zitten. Deze fysieke openingsfase en de daaropvolgende verbale opening van het gesprek zijn beide door de arts geïnitieerd. Na de opening leidt de arts het gesprek verder, hoewel het om een probleem van de patiënt gaat en die het onderwerp dus eigenlijk zou moeten beheren (Ten Have, 2002).

Naast de fysieke omgeving speelt de positie die arts en patiënt innemen een rol tijdens het gesprek. De arts neemt immers door zijn expertise een andere positie in dan de patiënt, wat zorgt voor machtsverschillen. Het verschil in kennis en vaardigheden maakt dat arts en patiënt een relatie met elkaar hebben die op dat vlak weinig te veranderen lijkt. Toch blijkt uit onderzoek dat de relatie tussen arts en patiënt veranderd kan worden wanneer de patiënt actiever participeert tijdens het consult (Hubbard, Kidd, Donaghy, McDonald, & Kearney, 2007).

Het belang van en voorwaarden voor patiëntparticipatie

Traditioneel gezien is de relatie tussen arts en patiënt in veel opzichten ongelijk. Vanuit het paternalistische perspectief dat tot de jaren 80 overheersend was (Charles, Gafni, & Whelan, 1999), werd de arts gezien als expert die zelf alle beslissingen nam, en speelde de patiënt slechts een passieve rol (Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2014). Deze verhouding blijft gezien de machtsverhoudingen gedeeltelijk bestaan, maar lijkt de afgelopen jaren wel te veranderen: wereldwijd wordt patiëntbetrokkenheid steeds belangrijker gevonden, wat als gevolg heeft dat zowel de patiënt als diens familie gemotiveerd wordt om zijn mening te laten horen en een

actieve rol te spelen in zijn eigen gezondheidszorg (Gafaranga & Britten, 2003; Tambuyzer et al., 2014). Er heeft dus een verschuiving plaatsgevonden van het paternalistische perspectief naar een visie waarin de patiënt autonomer is en meer beslist over zijn eigen zorg, waardoor de relatie tussen arts en patiënt verandert: de patiënt krijgt meer macht en controle over zijn eigen zorg (Hubbard et al., 2007), en wordt aangemoedigd daarvoor actiever te participeren.

Voor succesvolle patiëntparticipatie zullen zowel de arts als de patiënt een actieve en positieve houding aan moeten nemen (Castro et al., 2016) en zullen ze samen moeten werken (Forbat, Cayless, Knighting, Cornwell, & Kearney, 2009; Millar, Chambers, & Giles, 2015). Hierbij is het van belang dat niet alleen de arts, maar ook de patiënt als expert wordt gezien: de arts is vooral expert op het gebied van wetenschappelijke kennis, en de patiënt is een expert door zijn zelf opgedane levenservaring, wat een andere vorm van kennis is maar daardoor niet minder belangrijk (Tambuyzer et al., 2014), wat eerst wel vaak zo gezien werd (Callard & Rose, 2010). De relatie tussen arts en patiënt verandert daardoor aangezien er een meer gelijkwaardige uitwisseling van ervaringen en kennis plaatsvindt (Tambuyzer et al., 2014; Millar et al., 2016). Naast het uitwisselen van informatie, kennis en ervaringen, wordt participatie in het gesprek mogelijk gemaakt door het bespreken van standpunten, door een vertrouwensband op te bouwen en door gezamenlijk gezondheidgerelateerde beslissingen te nemen (Street Jr & Millay, 2001). Ook moet het voor patiënten mogelijk zijn om hun behoeften, zorgen, overtuigingen en verwachtingen met betrekking tot de zorg te uiten (Street, 2001).

Hoe ziet participatie eruit?

Patiëntparticipatie wordt op verschillende manieren gedefinieerd (Castro et al., 2016). Vaak geven studies een definitie die vooral bestaat uit een globale beschrijving van participatie, zoals het hebben van een actieve houding of van inspraak in eigen zorg, maar worden er weinig concrete suggesties gedaan en voorbeelden gegeven van hoe die participatie er dan precies uitziet.

Naast algemene beschrijvingen van participatie op zichzelf heeft Roberts (2002) middels haar onderzoek een onderscheid kunnen maken tussen drie **typen patiënten** wat betreft participatie. Ten eerste zijn er patiënten die hun meningen, opvattingen en voorkeuren uitdrukken zonder dat daar expliciet om wordt gevraagd. Deze patiënten zijn dus het meest bereid om zich actief in te zetten, maar uiteindelijk hebben zij er alsnog de voorkeur voor dat de arts het laatste woord heeft. Ten tweede zijn er patiënten die slechts hun meningen, opvattingen en voorkeuren uitdrukken wanneer daarnaar gevraagd wordt. Zij participeren dus alleen wanneer ze het gevoel hebben dat dat gewenst is of verwacht wordt. Ten slotte zijn er

patiënten die de keuzes van de arts accepteren en dus prefereren dat de arts voor hen beslist (Roberts, 2002). Zij participeren hierdoor niet actief in hun eigen zorgproces met betrekking tot het maken van beslissingen.

Op basis van de omschrijvingen van Roberts (2002) kan een patiënt in één van de beschreven typen ingedeeld worden. Hierbij wordt er echter geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat één persoon zich het ene moment als een bepaald type patiënt kan gedragen, terwijl diezelfde persoon op een ander moment meer gedrag van een ander type patiënt vertoont. Dit maakt dat een indeling in type patiënt wellicht niet gepast is om participatie van patiënten in kaart te brengen.

Street, Voigt, Geyer, Manning, en Swanson (1995) wijzen op drie soorten **gedragsuitingen** waardoor patiënten actief communiceren. Door op soorten gedrag te focussen en niet op een persoon als geheel, kunnen eventuele verschillende gedragsuitingen van één persoon onderzocht worden. De drie gedragsuitingen zijn: 1) het stellen van vragen, waarmee alle vragen met betrekking tot gezondheid of medicatie bedoeld worden die de patiënt aan de arts stelt, 2) het geven van een mening, waarbij het gaat om uitingen van de patiënt waarmee deze aanbevelingen, meningen over het ziektemanagement, voorkeuren voor behandeling of een meningsverschil met de arts uitspreekt, 3) het uitdrukken van bezorgdheid, waarbij negatieve emoties (zoals frustratie of woede) en zorgen worden geuit.

Street Jr & Millay (2001, p. 62) definiëren patiëntparticipatie in medische gesprekken als “de mate waarin patiënten verbale reacties produceren die de potentie hebben om zowel de inhoud en structuur van de interactie als de overtuigingen en het gedrag van de zorgverlener, significant te beïnvloeden”. Zij richten zich hier dus specifiek op de *verbale* aspecten van patiëntparticipatie in een medisch gesprek. Enkele suggesties die zij noemen van verbale handelingen die onder patiëntparticipatie vallen zijn bijvoorbeeld het stellen van vragen, het beschrijven van gezondheidgerelateerde ervaringen, het geven van suggesties en meningen, het uiten van bezorgdheid en het aangeven van voorkeuren. Hierbij onderscheiden zij drie categorieën van taalgebruik die essentieel zijn om patiëntparticipatie in een medisch gesprek tussen arts en patiënt te kunnen meten: 1) het stellen van vragen, 2) het uitdrukken van zorgen, en 3) assertieve uitingen. Deze vormen zijn essentieel omdat deze mogelijk het verloop van het gesprek kunnen beïnvloeden, ervoor kunnen zorgen dat zorgverleners meer informatie en patiëntgerichte zorg geven, en ten slotte kunnen ze bijdragen aan betere uitkomsten na het gesprek (Street Jr, & Millay, 2001).

Resultaten van onderzoek naar patiëntparticipatie

De drie vormen van taalgebruik die Street Jr en Millay (2001) onderscheiden, hebben zij zelf ook laten coderen in hun onderzoek naar patiëntparticipatie in medische face-to-face-consulten. Zij maten de participatie van patiënten door de som te nemen van hoe vaak de drie vormen van taalgebruik voorkwamen. In totaal bleek dat 7% van alle uitingen van patiënten als actieve participatie gezien kon worden. Hiervan bestond 2% van de uitingen uit het stellen van vragen, 1,2% uit het uitdrukken van zorgen en 3,8% uit assertieve uitingen. Gezien het feit dat patiënten sinds het uitvoeren van het onderzoek in 2001 meer worden aangemoedigd om actiever te participeren in hun eigen gezondheidszorg, is het aannemelijk dat de participatie van patiënten in het gesprek met hun arts tegenwoordig nog verder toegenomen kan zijn dan in het onderzoek van Street Jr en Millay (2001) naar voren is gekomen.

De drie categorieën van Street Jr en Millay (2001) vormen een basis voor andere onderzoeken naar patiëntparticipatie. Zo gebruiken Ward et al. (2003) deze categorieën om het communicatiegedrag van de patiënten tijdens hun onderzoek te coderen, om zo een samengestelde maat voor actieve participatie te creëren. Als basis voor het coderen werden video-opnames van (face-to-face) routinegesprekken tussen arts en patiënt gebruikt.

Street Jr, Gordon, Ward, Krupat en Kravitz (2005) onderzochten factoren die invloed hebben op participatie van patiënten tijdens medische interacties. In de studie komt naar voren dat patiëntparticipatie echter situationeel varieert, waardoor gekozen is om data te verzamelen vanuit drie verschillende settings. De data bestaan uit audio-opnames van 279 arts-patiënt-interacties die gebruikt zijn om actieve participatie te meten, waarbij de drie eerdergenoemde categorieën van Street Jr en Millay (2001) zijn aangehouden. De resultaten laten zien dat patiënten gemiddeld zes vragen per consult stelden (range 0-42), drie uitingen van zorgen of negatieve emoties (range 0-20) en zeven assertieve uitingen hadden (range 0-60). De actieve participatie was voor een groot gedeelte (84%) patiënt-geïnitieerd en dus minder (16%) door de arts geïnitieerd.

Deze drie categorieën werden ook aangehouden door Gordon, Street, Sharf en Soucek (2006) om patiëntparticipatie te meten in hun onderzoek naar eventuele verschillen tussen patiënten met verschillende etnische achtergronden. Hierbij is naast de actieve participatie van de patiënt zelf, ook de participatie van diens metgezel meegenomen. Uit de resultaten blijkt dat groepen blanke en gekleurde patiënten qua karakteristieken aan elkaar gelijk waren, maar dat gekleurde patiënten gemiddeld minder participeerden dan blanke patiënten. Dit was zo in zowel interactie tussen arts en patiënt alleen en in interactie tussen arts, patiënt en diens metgezel. Ook namen zij minder snel iemand mee naar het consult dan blanke patiënten.

In de hiervoor besproken literatuur wordt naast de actieve participatie van de patiënt ook de faciliterende communicatie van de arts onderzocht. Het lijkt namelijk aannemelijk dat een patiënt meer zal participeren wanneer de arts hier een voorzet en/of mogelijkheden voor geeft. Deze relatie staat dan ook centraal in het onderzoek van Zandbelt, Smets, Oort, Godfried en de Haes (2007). Om de participatie van 323 patiënten te meten, hebben zij de relatieve bijdrage van patiënten aan het gesprek berekend door de spreektijd van de patiënt te delen door de totale lengte van het gesprek met de arts. Daarnaast hebben zij voor de actieve participatie de drie categorieën van taaluitingen aangehouden, aangevuld met signalen (cues) van de patiënt. Hieronder verstaan de auteurs uitingen van de patiënt waardoor zij op een *indirecte* manier zorgen uitdrukken of waarmee zij behoefte naar informatie of emotionele support duidelijk proberen maken. Uit de resultaten kwam naar voren dat de relatieve bijdrage van patiënten aan het gesprek met de arts 38% was, dat deze bijdrage gedeeltelijk afhing van de arts en dat deze positief geassocieerd was met de faciliterende communicatie van de arts, zoals verbale en non-verbale aanmoedigingen. Ook de actieve patiëntparticipatie bleek positief geassocieerd met de faciliterende communicatie van de arts, maar daarentegen ook met juist remmend gedrag van de arts, zoals het negeren van iets dat de patiënt aankaart of het veranderen van onderwerp. Wanneer de patiënt een derde persoon meebracht naar het gesprek, zorgde dat ervoor dat de actieve participatie van de patiënt zelf verminderde. Het is niet bekend of de algehele participatie van zowel patiënt als metgezel daardoor wel toenam.

Street Jr en Gordon (2008) hebben specifiek de participatie van een compagnon onderzocht in een consult over kanker, waarin de compagnons een passieve, partner- of actieve rol hadden tijdens het gesprek. De participatie is gemeten aan de hand van de drie categorieën. Daaruit bleek dat er over het geheel genomen geen verschil was in participatie tussen patiënten die alleen waren en patiënten die vergezeld waren tijdens het consult. Vergeleken met de compagnon praatten patiënten meer tijdens het gesprek en toonden zij meer assertiviteit, wat logisch is aangezien zij centraler staan tijdens het gesprek. Wanneer compagnons iets zeiden, was het in verhouding wel vaker een vorm van actieve participatie dan wanneer de patiënt iets zei. Daarnaast bleek dat compagnons meer participeerden wanneer de communicatie vanuit de arts faciliterend was en deze daarmee liet merken ook de compagnon bij het gesprek te willen betrekken (Street Jr & Gordon, 2008).

De faciliterende communicatie van de arts staat dus in relatie met de participatie van de patiënt. Een andere vorm van gedrag van de arts die van invloed is op de participatie, is het gebruik van de computer door de arts, bijvoorbeeld om informatie te vergaren of te verwerken in het elektronische patiëntendossier. Street Jr et al. (2018) hebben daarbij de participatie van

patiënten onderzocht. Dit is ook weer gedaan door de drie categorieën aan te houden. Daaruit kwam naar voren dat de patiënt gemiddeld iets meer dan acht uitingen van actieve participatie had, waarbij een gesprek gemiddeld 20,3 minuten duurde. Hoe langer het gesprek duurde, hoe meer de patiënt participeerde. Meer tijd van de arts achter de computer resulteerde in minder participatie van de patiënt.

Gevolgen van actieve participatie

Actievere participatie van patiënten in het consult met hun arts heeft verschillende gevolgen. Zo verbetert de gezondheid van patiënten die tijdens het consult meer participeren: ze hebben minder gezondheidsproblemen en functionele beperkingen als gevolg van de ziekte, en nemen minder dagen vrij van werk (Kaplan, Greenfield, & Ware Jr., 1989). Ook hebben betrokken patiënten een gevoel van tevredenheid doordat ze het gevoel hebben dat de arts naar hen luistert en hebben zij meer kennis over diensten die beschikbaar zijn (Fudge, Wolfe, & McKevitt, 2008). Daarnaast zorgt een actievere houding van de patiënt voor meer ondersteunende communicatie van de arts (Street Jr et al., 2005). Artsen ontwikkelen hierdoor namelijk betere communicatievaardigheden waardoor ze meer empathisch communiceren (Tempfer & Nowak, 2011), waarmee dus de relatie tussen arts en patiënt bevorderd wordt, wat vervolgens leidt tot betere gezondheidsuitkomsten bij de patiënt (Schiavo, 2011).

Gemedieerde communicatie

Nieuwe technieken

Hoewel er al enige tijd nieuwe mogelijkheden bestaan binnen de gezondheidszorg wat betreft communicatie tussen arts en patiënt, worden deze communicatietechnologieën niet meteen in gebruik genomen en duurt het lang voordat dit wel volledig gebeurt (Brant et al., 2016). Een reden hiervoor is dat er zorgen bestaan over de impact die nieuwe technologieën, zoals e-mail, als vervanging van reguliere consulten zouden kunnen hebben op de gezondheidszorg (Atherton et al., 2018). Zo werd gevreesd dat gebruik van nieuwe technologieën invloed zou hebben op de werkdruk van artsen en de veiligheid voor patiënten (Atherton, Pappas, Heneghan, & Murray, 2013). Ook werd gesuggereerd dat alternatieven ongeschikt zouden zijn wanneer het gaat over een nieuw gezondheidsprobleem bij de patiënt, wanneer de patiënt veel complexe medicatie gebruikt of wanneer de patiënt wat ouder of verward was (Atherton et al., 2018).

Inmiddels zijn telefoonconsulten als ‘nieuwe’ technologie de laatste jaren meer gebruikelijk geworden (Atherton et al., 2018) en verloopt communicatie ook steeds meer via een elektronische weg, namelijk via patiëntportalen (Alpert, Dyer, Lafata, 2017). Dit zijn beveiligde online websites waarmee de patiënt toegang heeft tot persoonlijke, gezondheidsgerelateerde informatie, opgeslagen in een Elektronisch Patiënten Dossier. Via het portaal kunnen patiënten o.a. gemakkelijk contact opnemen met hun arts door middel van het sturen van beveiligde berichten (Alpert et al., 2017). Hierdoor kunnen patiënten actiever participeren in hun eigen gezondheidszorg (Wolff et al., 2017). Een stap verder hierin is om informatie tussen arts en patiënt ook via een videoverbinding uit te wisselen.

Medische videoconsulten

Naast de al bestaande technieken die gebruikt worden in de gezondheidszorg wordt recent meer onderzoek gedaan naar het inzetten van videogesprekken. Hoewel gesprekken via videoverbinding al langere tijd bestaan, worden videoconsulten pas sinds kortere tijd meer gebruikelijk binnen de gezondheidszorg (Sarangi, & Wynn, 2016). Videoconsulten zijn consulten tussen arts en patiënt die gevoerd worden via een beveiligde videoverbinding, waardoor arts en patiënt in een omgeving naar keuze deel kunnen nemen aan het gesprek en zij niet meer fysiek bij elkaar aanwezig hoeven te zijn, zoals dat wel het geval is bij reguliere consulten. Het gesprek vindt plaats via een apparaat, waardoor de communicatie van arts en patiënt gemedieerd is (Arminen, et al., 2016). Net als bij andere nieuwe technologieën, bestonden er ook zorgen over het inzetten van videoconsulten binnen de gezondheidszorg. Videoconsulten zouden er namelijk voor kunnen zorgen dat de zorg minder persoonlijk wordt, dat het een beperking zou zijn voor non-verbale communicatie en voor patiëntparticipatie tijdens het consult en dat de arts te dominant zou zijn (Agha, Schapira, Laud, McNutt, & Roter, 2009).

Verschillen tussen reguliere consulten en videoconsulten

Een belangrijke toevoeging die een videoconsult bevat in tegenstelling tot andere technieken binnen ‘telemedicine’ zoals telefoon of portaal, is dat arts en patiënt elkaar kunnen zien, net als bij een regulier consult. Toch verschilt het gesprek via videoverbinding op een aantal punten cruciaal in vergelijking met een face-to-face-gesprek, wat zowel voordelen als nadelen op kan leveren.

Ten eerste hebben arts en patiënt bepaalde verwachtingen over de rolverdeling tijdens het gesprek: de arts wordt gezien als gastheer (de praktijk is zijn territorium) en de patiënt is te

gast (Pappas & Seale, 2009). Tijdens videoconsulten voeren beide participanten het gesprek op een locatie naar keuze waardoor de bekende rolverdeling niet aanwezig is. Arts en patiënt zullen daarom tijdens het videoconsult moeten zoeken naar een gepaste manier van communiceren via dit ‘nieuwe’ medium. Aangezien elektronische communicatie als minder intimiderend wordt gezien dan face-to-face-gesprekken (Alpert et al., 2017), zou dit ervoor kunnen zorgen dat patiënten gemakkelijker meer participeren in een video-gesprek met hun arts.

Ten tweede is de beginfase van een videogesprek anders dan bij een gesprek in de praktijk van de arts. De arts hoeft de patiënt voor een videoconsult niet op te halen omdat deze niet fysiek aanwezig is. Het gesprek kan pas gestart worden wanneer beide participanten de videoverbinding hebben geactiveerd en zij beginnen op gelijkwaardige manier aan het gesprek doordat ze beiden in hun eigen omgeving zijn. Door het verschil in de beginfase van een videoconsult kan de bekende manier van communiceren uit de reguliere consulten niet één op één worden overgenomen, waardoor er afstemming nodig zal zijn tussen arts en patiënt om te ontdekken hoe zij het consult dan wel kunnen starten.

Naast het fysieke verschil in begin van het gesprek komen er bij een videogesprek ook technische aspecten aan de orde die bij een face-to-face-gesprek niet aanwezig zijn. Zo moet eerst getest worden of het beeld en het geluid goed werken, voordat het gesprek kan starten. Hierdoor verlopen de begroetingen aan het begin van het consult anders (Arminen et al., 2016). Daarnaast bestaat de optie dat de verbinding slecht is, waardoor arts en patiënt elkaar niet of moeilijk kunnen verstaan of zien. De technische nadelen zullen weinig tot geen issue meer zijn (in de toekomst), aangezien de internetsnelheid nog steeds toeneemt en een hoge resolutie voor beeld in videoverbindingen minder duur is geworden (Pearl, 2014).

Ten slotte stelt communiceren via een medium ook grenzen aan wat mogelijk is tijdens een consult. Zo is het beeld dat de arts en patiënt van elkaar zien, letterlijk afgebakend: zij zien slechts een gedeelte van de ander en diens omgeving, waardoor er grenzen gesteld worden aan de reikwijdte van het beeld (Arminen et al., 2016). Dit zal invloed hebben op het eventuele lichamelijk onderzoek dat tijdens het consult wordt uitgevoerd. Allereerst verschilt het lichamelijk onderzoek in videoconsulten doordat de arts de patiënt niet zelf fysiek kan onderzoeken. De arts kan slechts lichamelijke aspecten via het beeld van de camera zien, wat beperkt wordt door de resolutie van het beeld en de reikwijdte. Deze beperking heeft als gevolg dat de patiënt eventuele symptomen of lichamelijke kenmerken meer zal moeten beschrijven, waardoor de arts afhankelijker wordt van de patiënt. Daarnaast kan de non-verbale communicatie tussen arts en patiënt beperkt worden door het medium. Zo kunnen gebaren niet zichtbaar zijn wanneer deze buiten de reikwijdte van het beeld vallen en kunnen arts en patiënt

elkaar tijdens het consult niet in elkaars ogen kijken, waardoor oogcontact niet mogelijk is (Heath & Luff, 1991).

Probleemstelling

Doel- en vraagstelling

Patiëntparticipatie is in reguliere consulten al veelvuldig geanalyseerd. Zoals tijdens de literatuurbespreking duidelijk werd, brengt het voeren van een medisch consult via videoverbinding veranderingen met zich mee ten opzichte van een face-to-face-gesprek. Dit beïnvloedt de communicatie tussen arts en patiënt, en wellicht (daardoor) ook de participatie van de patiënt. Aangezien medische videoconsulten nog relatief nieuw zijn, is de mate van participatie van patiënten tijdens een videoconsult nog niet bekend.

Atherton et al. (2018) geven aan dat het bij een evaluatie van een alternatief van het bekende reguliere consult, in dit geval dus een medisch videoconsult, van belang is om zowel het doel als de beoogde uitkomsten duidelijk te benoemen. Dit omdat de redenen voor alternatieven kunnen verschillen voor bijvoorbeeld patiënten, het personeel in de praktijk en beleidsbepalers (Atherton et al., 2018). Het doel van het huidige onderzoek is om verbale patiëntparticipatie tijdens een medisch videoconsult in kaart te brengen en te vergelijken met verbale patiëntparticipatie in vergelijkbare reguliere consulten. De uitkomsten hiervan geven dan een beeld van hoe de participatie van patiënten eruitziet via dit relatief nieuwe medium binnen de gezondheidszorg. Door een vergelijking te maken met reguliere consulten kan gesteld worden of participatie tijdens een videoconsult, dat via een medium gevoerd wordt, verschilt. Om dit te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In welke mate verschilt de verbale participatie van patiënten tussen reguliere consulten en videoconsulten met een arts?*

Relevantie

De resultaten van het huidige onderzoek geven inzicht in wat voor effecten het voeren van een medisch consult via een videoverbinding heeft op de interactie en communicatie tussen arts en patiënt. Op basis daarvan kan geconcludeerd worden of deze participatie verschilt met de participatie in een face-to-face-consult zoals in de literatuur wordt besproken. Hiermee wordt de bestaande kennis over patiëntparticipatie uitgebreid en kan het resultaat van deze verkenning

een basis vormen voor verder wetenschappelijk onderzoek binnen de gezondheidszorg naar videoconsulten.

De uitkomsten van het onderzoek zijn ook relevant op het gebied van communicatie. In het onderzoek wordt namelijk een bekende informatie- en communicatietechnologie ingezet als medium, waardoor gemedieerde communicatie plaatsvindt. Videogesprekken vinden al langere tijd plaats, maar vooral binnen andere domeinen dan de gezondheidszorg, zoals het bedrijfsleven. Dergelijke videogesprekken zijn dan ook geanalyseerd en de effecten van het medium op de interactie tussen personen is bekend. Medische videoconsulten zijn echter ook binnen de communicatie relatief onbekend, waardoor het relevant is om de invloed van het medium te onderzoeken op de interactie in deze context; in dit geval specifiek de interactie tussen arts en patiënt waarbij het fenomeen patiëntparticipatie centraal staat om de eventuele invloed te meten. Het is interessant om twee bekende aspecten te combineren tot een nieuw aspect, namelijk de bekende reguliere consulten en bekende videogesprekken tot nieuwe medische videoconsulten.

De kennis die wordt opgedaan door middel van dit onderzoek kan daarnaast ook een belangrijke toevoeging zijn voor de praktijk. Aangezien het inzetten van medische videoconsulten nog niet erg gebruikelijk is binnen de gezondheidszorg (Sarangi & Wynn, 2016) zijn er nog geen effecten bekend van de invloed van het medium op de participatie van patiënten tijdens een videoconsult. Wanneer dit verschilt met participatie in reguliere consulten dan zal er een afweging gemaakt moeten worden of het inzetten van videoconsulten gewenst is. Wanneer dit het geval is, dan kunnen artsen door middel van informatie over het verloop van videoconsulten hun communicatie tijdens het videoconsult met de patiënt (eventueel) aanpassen aan de situatie.

Methode

Onderzoek naar participatie van patiënten in medische videoconsulten staat nog in de kinderschoenen. Er is nog weinig bekend over hoe patiënten participeren tijdens een dergelijk gesprek, en of dit verschilt met hun participatie in reguliere consulten. Dit onderzoek is daarom exploratief van aard, om een eerste stap te maken in het in kaart brengen van patiëntparticipatie in medische videoconsulten. Om die participatie te meten zijn bestaande categorieën uit de literatuur gebruikt als basis en zijn deze aangevuld met extra literatuur en met bevindingen uit de analyses van de data. Hieronder wordt dit verder toegelicht.

Instrumentatie

Soort

De data voor dit onderzoek zijn bestaande video's van medische consulten voor het Facetalk-onderzoek van het Radboud UMC in Nijmegen. Daarvoor zijn zowel reguliere consulten als videoconsulten opgenomen, waardoor een vergelijking in patiëntparticipatie tussen de twee soorten consulten mogelijk is. De consulten zijn opgenomen door camera's die door een coassistent geplaatst waren. De coassistent was tijdens het gehele gesprek aanwezig, wat ook vaker gebeurt buiten het onderzoek om. Dit was daardoor dus geen extra beïnvloedende factor.

Om een vergelijking te kunnen maken is het totaal aantal consulten tussen arts en patiënt voor de reguliere consulten en de videoconsulten gelijk gehouden. In totaal zijn er tien reguliere consulten en tien videoconsulten gebruikt voor de analyse.

De consulten zijn getranscribeerd door vier studenten van het Radboud UMC en de Radboud Universiteit. Er waren enkele verschillen aanwezig in de manier van transcriberen aangezien sommigen gedetailleerdere transcripten nodig hadden (voor bijvoorbeeld een conversatie-analyse) dan anderen die aan een woordelijk transcript al genoeg hadden. Voor de analyse van dit onderzoek voldeed een woordelijk transcript. De onderzoeker heeft namelijk de video's van alle gebruikte consulten bekeken, waardoor de uitingen van de patiënt ook qua intonatie zijn beluisterd en dit dus niet meer door middel van conversatie-analytische methoden getranscribeerd hoefde te worden.

De analyse bestond uit het bekijken van de video's van de consulten en het analyseren van de transcripten daarvan. De uitingen van patiënten zijn in de transcripten beoordeeld en indien mogelijk ingedeeld in één van de categorieën om participatie te meten. De categorieën zijn bepaald op basis van de literatuur uit Street en Millay (2001) en daarna aangepast en aangevuld met informatie die uit het analyseren van de transcripten naar voren kwam.

Operationele definities van centrale begrippen of variabelen

In dit onderzoek is patiëntparticipatie in reguliere consulten en in videoconsulten geanalyseerd en zijn de resultaten daarvan met elkaar vergeleken. Hieronder wordt verder toegelicht wat in deze studie onder een medisch consult wordt verstaan, waarbij het verschil tussen de twee soorten consulten wordt toegelicht. Van het begrip patiëntparticipatie wordt toegelicht welke categorieën daarin zijn aangehouden om de participatie van patiënten te meten.

Medisch consult

In het huidige onderzoek betreft een medisch consult het gesprek waarin de arts (specialist in het Radboud UMC) met de patiënt bespreekt wat de uitslag is van een weefselonderzoek naar aanleiding van een operatie. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat het consult in dit onderzoek dus geen algemeen consult is waarbij de patiënt zijn of haar klachten voor het eerst presenteert aan de arts. Dit maakt dat de fases van het gesprek en de inhoud die besproken wordt, afwijken van een consult zoals het vaak in de literatuur voorkomt (bijvoorbeeld in Pappas & Seale, 2009; Ten Have, 2002).

Daarnaast wordt er in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen een regulier consult en een videoconsult. Tijdens een regulier consult vindt het gesprek tussen arts en patiënt plaats in het ziekenhuis of in een polikliniek, waarbij de patiënt als het ware naar het domein van de arts toe komt en daar als ‘gast’ aanwezig is (Pappas & Seale, 2009). Dit is de algemene en meest bekende setting van een medisch consult; vandaar dat dit gesprek wordt aangeduid als regulier. Het is echter ook mogelijk om hetzelfde gesprek via een videoverbinding te voeren, wat dan aangeduid wordt als een videoconsult. Dit soort consulten wordt in het Radboud UMC via een beveiligd programma gevoerd, genaamd Facetalk.

Patiëntparticipatie

De categorieën die Street Jr en Millay (2001) onderscheiden om patiëntparticipatie te meten, zijn, net als in verschillende andere onderzoeken (zie literatuurbespreking) in het huidige onderzoek gebruikt als basis voor de participatie van patiënten. Deze categorieën zijn 1) het stellen van vragen, 2) het uitdrukken van zorgen, en 3) assertieve uitingen. Tijdens de analyses van de transcripten bleek al snel dat de beschrijving van de genoemde categorieën vaak breed en/of onduidelijk was. Hierdoor ontstond er vaak twijfel over of een uiting van de patiënt in één van de drie categorieën ingedeeld kon worden. Daarnaast kwam uit de analyses regelmatig naar voren dat er variatie bestond in soorten uitingen die in één van de categorieën ingedeeld konden worden. Om deze redenen zijn de categorieën tijdens de analyses telkens opnieuw aangevuld

op basis van literatuur en eigen bevindingen die naar voren kwamen bij het analyseren van de data. Hieronder volgt een uiteenzetting van de categorieën met subcategorieën die uiteindelijk aangehouden zijn voor de definitieve analyse van de data en het verzamelen van de resultaten.

1) Het stellen van vragen

Onder het stellen van vragen verstaan Street Jr en Millay (2001) uitingen van de patiënt in een *vragende* vorm die bedoeld zijn om informatie en verduidelijking te verkrijgen van de arts. Enkele voorbeelden hiervan uit hun onderzoek zijn: “Wat is mijn schildklier?”, “Doet roken dat?”, en “Is er iets dat ze kunnen doen?” (Street Jr en Millay, 2001, p.63). Andere voorbeelden zijn “Wat is de werking van dat medicijn?”, “Wanneer moet ik mijn volgende controle krijgen?”, en “Waarom doet het pijn als ik mijn arm optil?” (Street Jr et al., 2005, p. 968).

De besproken onderzoeken die deze categorie gebruiken om actieve patiëntparticipatie te meten, nemen de omschrijving van Street Jr en Millay (2001) over. Tijdens het analyseren kwam echter naar voren dat de patiënt ook op een directe manier naar informatie of verduidelijking kan vragen, zonder dat dat in een vragende vorm gesteld wordt. Aangezien dit vaak het geval was, is besloten om uit de definitie van Street Jr en Millay (2001) het gedeelte dat die uitingen in vragende vorm moeten zijn, weg te laten. Onder deze categorie worden naast de directe vragen van de patiënt voor informatie of verduidelijking in een vragende vorm, dan dus ook directe uitingen verstaan in een niet-vragende vorm waarvan wel duidelijk is dat die bedoeld zijn om meer informatie of verduidelijking te krijgen.

Het stellen van vragen is dus een *directe* manier waarmee de patiënt meer informatie wil verkrijgen. Deze categorie sluit daarmee echter de *indirecte* vragen om informatie van de patiënt uit. Indirecte vragen worden in het onderzoek van Zandbelt et al. (2007) omschreven als **cues** en vormen daar een aparte categorie om patiëntparticipatie te meten. In de studie van Butow, Brown, Cogar, Tattersall en Dunn (2002) wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen directe vragen en indirecte cues. Met dat laatste wordt een uiting van de patiënt bedoeld in een niet-vragende vorm waarmee de patiënt aangeeft behoefte te hebben aan informatie of emotionele steun. Twee voorbeelden hiervan zijn: “Ik weet echt niet veel over de verschillende behandelingen” (informatieve cue) en “Ik word soms zo verdrietig dat ik niet meer kan stoppen met huilen” (emotionele cue) (Butow et al., 2002, p. 50). De auteurs geven aan dat deze indirecte cues in een medisch gesprek echt gezien kunnen worden als een manier van de patiënt om ergens naar te vragen. Ook in eerder onderzoek naar informatie-uitwisseling tussen arts en

patiënt werden deze indirecte cues al gezien als ingebedde vragen die meer gepresenteerd worden als stellingen, waarmee de patiënt meer informatie hoopt te verkrijgen (Cegala, 1997).

In het huidige onderzoek wordt daarom de categorie ‘het stellen van vragen’ onderverdeeld in twee subcategorieën, namelijk: 1a) directe vragen, waar *directe uitingen* van de patiënt om informatie en verduidelijking te verkrijgen van de arts mee worden bedoeld, en 1b) indirecte cues, waarbij de omschrijving van indirecte cues van Butow et al. (2002) wordt aangehouden.

Patiënten kunnen de vragen op eigen initiatief stellen (patiënt-geïnitieerde uitingen), maar ook naar aanleiding van het aankaarten van een onderwerp door de arts (arts-geïnitieerd). In een studie waarin actieve communicatie van participanten werd bekeken om hun mondigheid te onderzoeken, werd hierin een verschil vastgesteld (Jans-Beken, 2012). Ook tijdens de analyses van de transcripten van het huidige onderzoek kwam dit verschil naar voren. Dit geldt zowel voor de directe vragen als voor de indirecte cues.

Onder patiënt-geïnitieerde uitingen worden directe vragen of indirecte cues verstaan die de patiënt zelf, dus op eigen initiatief, stelt. Met arts-geïnitieerde uitingen worden directe vragen of indirecte cues bedoeld die de patiënt stelt naar aanleiding van iets wat de arts zegt of doet. De arts kan bijvoorbeeld expliciet aan de patiënt vragen of deze nog iets wil bespreken door vragen te stellen als: “Heeft u verder nog vragen?”, of: “Had u verder nog iets willen bespreken?”. Daarnaast kan de arts bepaalde informatie geven of zelf een onderwerp aansnijden, wat tot vragen van de patiënt leidt. Ook wanneer de arts een bepaalde handeling uitvoert (zoals het geven van een recept aan de patiënt) wat leidt tot een vraag van de patiënt, wordt dit gezien als arts-geïnitieerd.

Tijdens de analyse kwam naar voren dat het niet altijd duidelijk genoeg is om van de vragen die de patiënt stelt, te kunnen bepalen of deze arts- of patiënt-geïnitieerd waren als zij bijvoorbeeld al enige tijd over het onderwerp praatten waarover de vraag werd gesteld. Het kan dan zo zijn dat de arts het onderwerp in eerste instantie wel geïntroduceerd heeft, maar dat de patiënt vervolgens een vraag stelt over iets wat in principe wel met dat onderwerp te maken heeft, maar wat toch over een ander aspect van dat onderwerp gaat. Wanneer het dan niet duidelijk genoeg is of het arts- of patiënt-geïnitieerd is, wordt de vraag alleen ingedeeld in een directe vraag of indirecte cue, en volgt er dus geen verdere indeling.

Samengevat wordt categorie 1) het stellen van vragen, dus onderverdeeld in de volgende subcategorieën: 1a) directe vragen, die – indien mogelijk – zowel arts- als patiënt-geïnitieerd

kunnen zijn, en 1b) indirecte cues, die ook – indien mogelijk – zowel arts- als patiënt-geïnitieerd kunnen zijn. Bij deze subcategorieën worden in bijlage 1 fragmenten uit consulten gegeven als voorbeeld, zie daarvoor fragmenten 1 t/m 6.

2) Het uitdrukken van zorgen

Een patiënt kan zijn of haar zorgen naar voren brengen door middel van uitingen die gevoelens uitdrukken zoals ongerustheid, zorgen, frustraties, boosheid, angst, en andere negatieve emoties (Street Jr & Millay, 2001). Enkele voorbeelden hiervan zijn: “Het is erg frustrerend”, “Nee, ik ben gewoon bang voor de operatie”, “Ik ben zelfs bang om met mijn eigen kleindochter te spelen” (Street Jr en Millay, 2001, p. 63), en “Ik ben bang dat dit iets serieus is”, “Ik vond de manier waarop die arts mij behandelde, niet fijn”, “Ik word er zo moe van dat dit de hele tijd pijn doet!” (Street Jr et al., 2005, p. 968).

Het uitdrukken van zorgen kan herkend worden aan de woordkeuze van de patiënt, door bijvoorbeeld letterlijk woorden als ‘bang’, ‘bezorgd’, ‘boos’ of ‘ontdaan’ te gebruiken, of door de emotionele toon waarop de patiënt iets zegt (Ward et al., 2003; Street Jr & Gordon, 2008). Tijdens de analyse was de woordkeuze van de patiënt leidend voor het coderen van uitdrukking van zorgen.

Doordat niet alleen uitingen van zorgen tot deze categorie behoren, maar ook uitingen waarin andere negatieve emoties naar voren komen, maakt dat de categorie 2) het uitdrukken van zorgen, onderverdeeld wordt in 2a) uitingen over ongerustheid, zorgen en angst, en 2b) uitingen van frustraties, boosheid en andere negatieve emoties. Bij deze subcategorieën worden in bijlage 1 fragmenten uit consulten gegeven als voorbeeld, zie daarvoor fragmenten 7 t/m 10.

3) Assertieve uitingen

Hiermee worden uitingen bedoeld waarmee de patiënt zijn of haar rechten, interesses, overtuigingen en wensen duidelijk maakt. Dit kan bijvoorbeeld door het geven van een mening, door aanbevelingen, suggesties of verzoeken aan te geven en door het onderbreken van of het oneens zijn met de arts (Street Jr & Millay, 2001). Hieraan wordt ook het introduceren van nieuwe onderwerpen door de patiënt om te bespreken, toegevoegd (Gordon et al., 2006; Street Jr & Gordon, 2008). Voorbeelden van assertieve uitingen zijn: “Ga je gang en doe het”, “Ik wil echt niet dat iemand het ‘x-rayt’”, “Ik wil er niet voor hoeven liegen” (Street Jr & Millay, 2001, p. 63), en “Dat is niet wat ik wil”, “Voordat ik ga, wil ik nog iets anders bespreken”, “Kan ik een notitie krijgen voor mijn werkgever?” (Street Jr et al., 2005, p. 968).

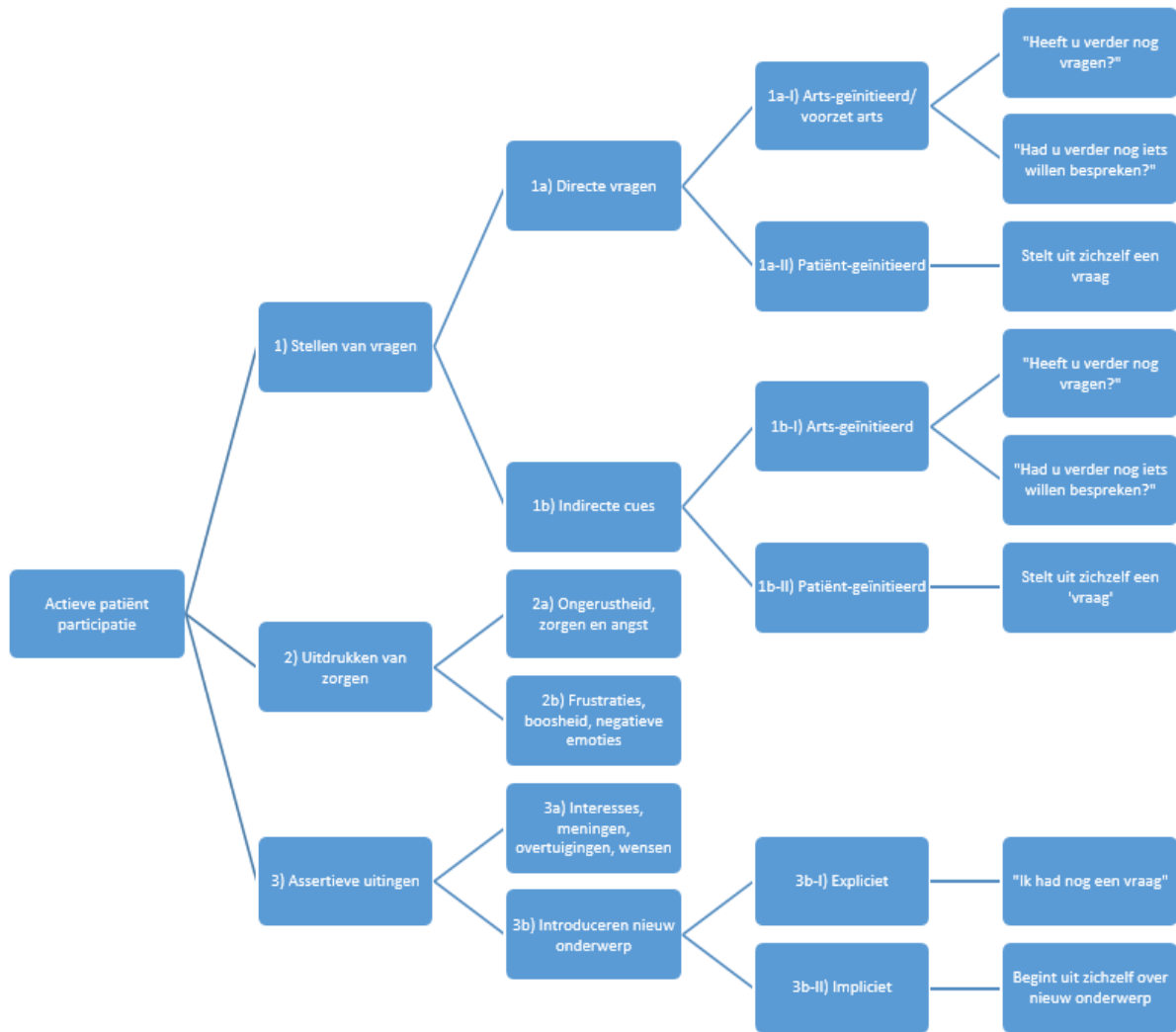
Het laatste voorbeeld valt op doordat het een vraag is, waarvan verwacht wordt dat die in de eerste categorie (het stellen van vragen) ingedeeld zou moeten worden. Deze vraag hoort echter toch bij de derde categorie aangezien het een vraag is om aan de wens van de patiënt (een notitie krijgen voor zijn/ haar werkgever) te voldoen; het is een verzoek van de patiënt aan de arts, en dus niet bedoeld om aan meer informatie of uitleg te komen, zoals het geval is voor de eerste categorie. Dit maakt duidelijk dat er niet alleen gekeken moet worden naar of iets een vraag is, maar ook naar wat het doel van de vraag is. Op basis daarvan kan de uiting dan worden ingedeeld in de juiste categorie.

Omdat er redelijk wat soorten assertieve uitingen zijn, is ervoor gekozen de uitingen – indien mogelijk – verder onder te verdelen in de volgende subcategorieën: 3a) assertieve uitingen die interesses, meningen, overtuigingen en wensen van de patiënt duidelijk maken, en 3b) assertieve uitingen waarmee de patiënt nieuwe onderwerpen introduceert. Is een verdere onderverdeling niet mogelijk, dan wordt de uiting slechts als ‘assertieve uiting’ gecodeerd.

Het voorbeeld uit de literatuur van een assertieve uiting waarmee de patiënt aangeeft nog iets te willen bespreken (“Voordat ik ga, wil ik nog iets anders bespreken”), is een directe manier om een onderwerp aan te snijden. Tijdens de analyse kwam naar voren dat patiënten inderdaad expliciet aangaven nog iets te willen bespreken en/of een vraag te willen stellen, bijvoorbeeld door de uiting: “Dan had ik nog een vraagje”. Hierdoor kan de patiënt op een expliciete manier van onderwerp veranderen. Het aansnijden van nieuwe onderwerpen door patiënten gebeurde daarnaast ook op een impliciete manier. Dat houdt in dat de patiënt uit zichzelf over een nieuw onderwerp begint te praten, zonder dat dit wordt aangekondigd. Aangezien dit onderscheid tijdens de analyses naar voren kwam, wordt categorie 3b) assertieve uitingen – introduceren van nieuwe onderwerpen, onderverdeeld in expliciete en impliciete uitingen om nieuwe onderwerpen te introduceren. Met nieuwe onderwerpen worden onderwerpen bedoeld waar de arts en de patiënt niet over spreken tot het moment dat het wordt geïntroduceerd. Dit kan dus ook een onderwerp zijn waar zij het al eerder in het gesprek over hebben gehad en wat later terugkomt.

Samengevat worden assertieve uitingen van de patiënt, indien mogelijk, ingedeeld in enerzijds 3a) uitingen over interesses, meningen, overtuigingen en wensen van de patiënt en anderzijds in 3b) het introduceren van nieuwe onderwerpen, wat expliciet of impliciet kan gebeuren. Bij deze subcategorieën worden in bijlage 1 fragmenten uit consulten gegeven als voorbeeld, zie daarvoor fragmenten 11 t/m 15.

De categorieën en subcategorieën die zijn aangehouden om patiëntparticipatie in dit onderzoek te meten, worden hieronder schematisch weergegeven.



Figuur 1. Schematisch overzicht van de verschillende categorieën en subcategorieën om patiëntparticipatie te meten.

Participanten

De participanten voor dit onderzoek betreffen patiënten van het Radboud UMC die (mogelijk) gediagnostiseerd zijn met een vorm van kanker. Zij hebben daarvoor een operatie ondergaan en voeren enige tijd nadat zij uit het ziekenhuis zijn ontslagen een gesprek met de arts. Tijdens dat gesprek wordt besproken hoe het met de patiënt gaat en worden de uitkomsten besproken van het weefselonderzoek na de operatie. Het gesprek wordt gevoerd in de kamer van de arts tijdens een regulier consult, of via een videoverbinding tijdens een videoconsult.

De patiënten zijn benaderd door verschillende coassistenten van het Raboud UMC om vrijwillig mee te werken aan het Facetalk-onderzoek. Een voorwaarde voor deelname was dat

de patiënten de Nederlandse taal goed beheersten. Wanneer patiënten toestemming gaven, werd hun consult opgenomen en gebruikt voor analyses. Patiënten konden te alle tijden hun deelname aan het onderzoek beëindigen en/of de video-opnames laten verwijderen, zonder daar een reden voor te hoeven geven.

Voor de dataverzameling van het huidige onderzoek zijn in totaal 20 consulten gebruikt, wat betekent dat voor opname van deze consulten 20 patiënten toestemming gaven. Bij het consult waren mogelijk ook bekenden van de patiënt aanwezig, zoals familieleden. Gegevens van deze extra personen zijn niet bekend; daar wordt verder dan ook niet over gerapporteerd. De uitingen van deze extra personen zijn wel meegenomen in de analyse van de patiëntparticipatie en dus ingedeeld in de categorieën. Wanneer bij het hoofdstuk resultaten de uitingen van de patiënt worden besproken, bevatten deze uitingen dus uitingen van de patiënt zelf en van diens naaste. Hier wordt verder qua aantallen bij de categorieën geen onderscheid meer in gemaakt.

Van het totaal aantal patiënten waren er negen mannen en elf vrouwen. Van drie patiënten is geen leeftijd bekend, van de overige zeventien patiënten was de gemiddelde leeftijd 61.6 jaar ($SD = 8,82$, range 47-81) op het moment van deelname aan het onderzoek. Het meest voorkomende en tevens ook het laagste opleidingsniveau van alle patiënten was VMBO. Het hoogste opleidingsniveau was WO.

Van de patiënten die een regulier consult voerden, waren vier patiënten man en zes vrouw. Van één patiënt is geen leeftijd bekend, de gemiddelde leeftijd van de overige negen patiënten was 63.1 jaar ($SD = 6,69$, range 56-77). Alle patiënten hadden (zover bekend was) het Nederlands als moedertaal.

Tabel 1. Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en moedertaal van patiënten van de reguliere consulten

| Patiënt: inclusienummer | Geslacht | Leeftijd in jaren | Opleidingsniveau | Moedertaal |
|------------------------------------|-----------------|------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 2 | Vrouw | 56 | HAVO | Nederlands |
| 7 | man | - | - | - |
| 9 | Vrouw | 60 | HBO | Nederlands |
| 10 | Man | 77 | WO | Nederlands |
| 23 | Vrouw | 56 | VMBO | Nederlands |

| | | | | |
|----|-------|----|------|------------|
| 24 | man | 58 | HBO | Nederlands |
| 25 | man | 71 | VMBO | Nederlands |
| 26 | vrouw | 62 | MBO | Nederlands |
| 29 | vrouw | 62 | HBO | Nederlands |
| 32 | vrouw | 66 | - | Nederlands |

Van de patiënten die een videoconsult voerden, waren er vijf man en vijf vrouw. Van één mannelijke en één vrouwelijke patiënt is geen leeftijd bekend. De gemiddelde leeftijd van de overige acht patiënten was 60.1 jaar ($SD = 10,30$, range 47-81). Van één vrouwelijke patiënt is de moedertaal niet bekend en één van de vrouwelijke patiënten had Italiaans als moedertaal, maar zij spraken beiden goed Nederlands. De rest van de patiënten had Nederlands als moedertaal. Van de patiënten die een videoconsult voerden, hebben vier patiënten wel ervaring met het voeren van een videogesprek, vier patiënten niet en van twee patiënten was dit niet bekend. Van de patiënten waar dit wel van bekend was, staat één patiënt neutraal tegenover een videogesprek, zes patiënten positief en één patiënt zeer positief.

Tabel 2. Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en moedertaal van patiënten van de videoconsulten

| Patiënt: inclusienummer | Geslacht | Leeftijd in jaren | Opleidingsniveau | Moedertaal |
|------------------------------------|-----------------|------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 1 | Vrouw | - | - | - |
| 3 | Man | 60 | HBO | Nederlands |
| 4 | Vrouw | 71 | VMBO | Italiaans |
| 6 | Vrouw | 53 | VMBO | Nederlands |
| 11 | Man | 58 | MBO | Nederlands |
| 13 | Vrouw | 59 | VMBO | Nederlands |
| 14 | Man | 52 | MBO | Nederlands |
| 27 | Man | - | - | Nederlands |
| 31 | Man | 81 | MBO | Nederlands |
| 34 | Vrouw | 47 | WO | Nederlands |

Tabel 3. Ervaring met videogesprekken en houding tegenover medisch videoconsult van patiënten van de videoconsulten

| Patiënt: inclusienummer | Ervaring met videogesprek | Houding tegenover medisch videoconsult |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1 | - | - |
| 3 | Ja | Zeer positief |
| 4 | Ja | Positief |
| 6 | Nee | Positief |
| 11 | Ja | Positief |
| 13 | Ja | Positief |
| 14 | Nee | Positief |
| 27 | - | - |
| 31 | Nee | Neutraal |
| 34 | Nee | Positief |

Procedure

Dataverzameling

Patiënten zijn benaderd vanuit het Radboud UMC voor deelname aan het Facetalk-onderzoek dat door het Radboud UMC in samenwerking met de Radboud Universiteit wordt uitgevoerd. Het gaat hierbij om patiënten die onlangs een operatie hebben gehad voor een (waarschijnlijke) vorm van kanker, en die twee weken later de uitslag van het weefselonderzoek met de arts bespreken. De patiënten kregen een brief met informatie voor deelname aan het medisch-wetenschappelijk onderzoek, met als titel ‘Onderzoek naar videocommunicatie met uw arts’ (Bijlage 2). In de brief werd het onderzoek besproken, werd uitgelegd wat de rol van de patiënt daarin zou zijn en werd verdere informatie gegeven. Daarnaast bevatte de brief een formulier voor de patiënt om wel of geen toestemming voor deelname aan het onderzoek te verlenen. Deelname was geheel vrijwillig, patiënten kregen geen vergoeding en konden te allen tijde stoppen met deelname aan het onderzoek.

Wanneer patiënten toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek, kregen zij een vragenlijst om in te vullen voorafgaand aan het consult met de arts (Bijlage 3). Hierin werd

gevraagd naar de achtergrondinformatie van de patiënt en onder andere naar het gebruik van, mening over en ervaring met nieuwe media. Vervolgens werd het consult (zowel regulier als video) door een coassistent opgenomen door middel van videocamera's, waarvan er een op de arts gericht was en een op de patiënt. Tijdens videoconsulten werd één van de camera's op het beeldscherm gericht, zodat de patiënt alsnog te zien was. Deze consulten werden gevoerd via een beveiligde software voor video-interactie: Facetalk. Na het consult kregen patiënten een tweede vragenlijst om in te vullen, met vragen over het verloop van het gesprek en vaardigheden van de arts (Bijlage 4). Voor patiënten die het consult voerden via videoverbinding waren er nog extra vragen over hun mening over de invloed van het medium op het gesprek.

Een minpunt van het afnemen van de vragenlijsten is dat niet alle patiënten de vragenlijsten (volledig) hebben ingevuld. Van de tien patiënten van de reguliere consulten hebben vier patiënten de vragenlijst wel ingevuld, vier niet en twee gedeeltelijk. Van de tien patiënten van de videoconsulten hebben zeven patiënten de vragenlijst ingevuld, twee niet en één gedeeltelijk. Hierdoor kan er geen algemene uitspraak gedaan worden over hoe de patiënten de consulten ervoeren, aangezien dit slechts voor een gedeelte van de patiënten kan. Daarnaast zijn de resultaten van de vragenlijsten te klein qua aantal om verder te analyseren. Toch geven de resultaten een redelijke indruk van hoe de patiënten die de vragenlijsten invulden, de consulten ervoeren. De globale uitkomsten hiervan zijn dat patiënten vonden dat het gesprek soepel, prettig en fatsoenlijk verliep, dat de arts begrip voor de patiënt had, dat de patiënt duidelijk antwoord en voldoende informatie heeft gekregen, dat de patiënt zich serieus genomen voelde, dat de arts voldoende kennis had om de patiënt te helpen en dat de arts respect voor de patiënt had. Specifiek voor patiënten die het consult via videoverbinding hadden gevoerd, geldt dat vijf patiënten het gesprek via hun tablet voerden en twee patiënten via hun mobiele telefoon. Één patiënt voerde het gesprek buiten, zes patiënten voerden het gesprek vanuit huis. Patiënten ervoeren over het algemeen weinig afleiding van omgevingsfactoren of technische factoren en vonden dat hun privacy tijdens het gesprek gewaarborgd bleef. Ook voelden zij zich eigenaar van de besluiten die zijn genomen tijdens het gesprek en waren er over het algemeen anderen bij het gesprek aanwezig, waarvan de patiënt vond dat deze extra personen ook actief deel konden nemen aan het gesprek.

Data-analyse

Selectie van consulten

De transcripten die gebruikt zijn voor de analyses van dit onderzoek, zijn geselecteerd op basis van de soort operatie die de patiënt heeft gehad. Van de tien reguliere consulten die geschikt waren voor de analyse, waren er vijf die gelijkwaardig waren aan vijf videoconsulten. Dat maakt dat van beide typen consult er sowieso vijf konden worden geanalyseerd. Bij de overige vijf reguliere consulten werden ook geschikte videoconsulten gezocht, die qua type operatie niet volledig overeenkwamen. De videoconsulten zijn gekozen op basis van chronologische volgorde zodat er zo min mogelijk invloed van de onderzoeker uitgeoefend zou worden op het selecteren van de data. Daarbij is wel eerst beoordeeld of het consult geschikt was voor analyse (bijv. of de patiënt goed te verstaan was, of het consult normaal verliep). Daarnaast is er rekening gehouden met de diagnose (wel of geen kanker) die tijdens het consult gesteld werd en indien mogelijk met de lengte van het consult (wanneer er een keuze was, is gekozen voor het videoconsult dat qua lengte het meest in de buurt kwam van het reguliere consult).

Tijdsduur van consulten

De consulten zijn alle vastgelegd door middel van video-opnames. Doordat de camera's soms al aanstonden voordat het consult was begonnen, is de tijd voorafgaand aan het consult van de totale duur van de video-opname afgehaald. Dit geldt ook voor de tijd dat de camera nog aanstond en het consult al afgerond was. Op die manier blijft er een netto-tijd over die de duur van het consult weergeeft. Wanneer de camera's pas aan werden gezet op het moment dat het consult al begonnen was, of al werden uitgezet terwijl het consult nog niet volledig was afgerond, is de tijd van de video-opname aangehouden zodat eigen inbreng van de onderzoeker niet van invloed zou zijn. Indien er meerdere opnames van hetzelfde consult waren gemaakt, is goed gecontroleerd voor overlap van opnames van het gesprek tijdens het berekenen van de totale gespreksduur.

Coderen

Tijdens het analyseren van de data zijn alleen de uitingen van de patiënt en eventueel diens naasten gecodeerd (beide als 'uitingen van de patiënt'); uitingen van de arts zijn niet meegenomen in de analyse. Daarbij zijn verder de volgende keuzes gemaakt. Uitingen van patiënten die worden onderbroken, niet worden afgemaakt of niet (geheel) te verstaan waren, werden alleen meegeteld wanneer het echt duidelijk was wat de patiënt wilde zeggen of ermee

bedoelde. Wanneer dit niet zeker genoeg was, werd de uiting niet meegeteld. Uitingen over andere onderwerpen dan de medische inhoud van het gesprek (small-talk) zijn wel meegeteld, aangezien deze ook gewoon bij het gesprek tussen arts en patiënt horen. Uitzonderingen hierin zijn uitingen die gaan over deelname aan het Facetalk-onderzoek. Deze uitingen zijn niet meegenomen in de analyse, aangezien ze er niet waren geweest als het onderzoek er niet was, en daarmee dus niet standaard bij het gesprek tussen arts en patiënt horen. Uitingen over de videoverbinding (bijv. of arts en patiënt elkaar kunnen zien of horen), zonder dat deze gelinkt zijn aan het Facetalk-onderzoek, zijn wel meegenomen in de analyse aangezien deze uitingen over de methode van het gesprek gaan. Die uitingen zouden er ook kunnen zijn wanneer de participanten het gesprek via hetzelfde medium zouden voeren zonder deelname aan het onderzoek.

Bij het toekennen van de uitingen aan categorieën is rekening gehouden met de context van de uiting. Die was nodig om de uiting goed te kunnen begrijpen en vervolgens aan de juiste categorie toe te wijzen. Indien een uiting van de patiënt bij meer dan één categorie ingedeeld kon worden, wordt de uiting slechts toegewezen aan de categorie waar de uiting het meest bij hoort. Een uiting is dus niet in meerdere categorieën ingedeeld.

Berekeningen

De gecodeerde uitingen zijn geteld en het aantal uitingen per (sub)categorie is weergegeven in tabellen. Van de frequenties zijn de relatieve percentages berekend, zowel ten opzichte van het totale aantal uitingen van het type consult als ten opzichte van het aantal uitingen per categorie. Om het totale aantal uitingen tussen de typen consulten met elkaar te vergelijken, is ook het aantal uitingen per minuut berekend. Ook om de uitingen per type consult met elkaar te kunnen vergelijken is het aantal uitingen per minuut berekend, dit keer per patiënt en per categorie.

Intercodeursbetrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van de coderingen te meten, heeft een medestudente van dezelfde masteropleiding uitingen uit de transcripten van zes consulten (30% van het totale databestand) gecodeerd op basis van de operationalisatie zoals beschreven in de methode. De medestudente maakt in haar eigen onderzoek gebruik van dezelfde videoconsulten, waardoor zij vertrouwd was met het soort data.

In totaal zijn er uit de zes transcripten 158 uitingen van patiënten gecodeerd door de auteur van het onderzoek, en 143 door de tweede codeur. Van de 158 gecodeerde uitingen waren er 125 uitingen waarbij de eerste codeur en de tweede codeur overeenstemden qua code

(79,11%); bij 33 uitingen (20,89%) was dat niet het geval (hiertoe behoren ook uitingen die de eerste codeur wel had en de tweede codeur niet).

Tabel 15 in bijlage 5 is een verwarringstabel waarin de coderingen van beide codeurs zijn verwerkt en waarin overeenstemming en verschillen te zien zijn. Daarnaast worden in bijlage 6 vier gedeelten uit transcripten 3 en 10 weergegeven met daarbij de coderingen van de eerste codeur en de tweede codeur als representatieve voorbeelden van het coderen. Voor meer informatie over het coderen van alle transcripten door de eerste codeur en over de coderingen van de tweede codeur kan contact opgenomen worden met de auteur van het onderzoek.

Resultaten

De bespreking van de resultaten uit de analyse is opgedeeld in drie delen. Ten eerste worden de globale resultaten van reguliere consulten en videoconsulten besproken, waar de lengte van de consulten, het aantal gecodeerde uitingen tijdens de consulten en het aantal uitingen per minuut worden weergegeven. Ten tweede worden de uitingen per categorie en type consult besproken. Ten slotte worden de uitingen per type consult weergegeven; eerst worden de resultaten binnen de reguliere consulten besproken en vervolgens binnen de videoconsulten.

Globale resultaten van reguliere consulten en videoconsulten

Lengte van de consulten

De gezamenlijke netto duur van de 20 consulten was ongeveer 267 minuten (04:31:27). Hiervan bevatten de tien reguliere consulten gezamenlijk bijna 148 minuten (02:27:27), wat neerkomt op 55,17% van de totale gesprekstijd. De tien videoconsulten zorgen samen voor bijna 120 minuten (01:59:45), wat 44,83% van de totale gesprekstijd is. Deze resultaten laten zien dat de tien reguliere consulten wat langer duurden dan de tien videoconsulten.

Aantal gecodeerde uitingen tijdens de consulten

Uitingen van patiënten zijn gecodeerd wanneer deze ingedeeld konden worden in één van de beschreven categorieën voor patiëntparticipatie die in dit onderzoek aangehouden zijn. In totaal leverde dit van de 20 consulten gezamenlijk 438 uitingen op. Van deze uitingen kwam meer dan de helft, namelijk 241 uitingen (55,02%) uit de reguliere consulten en kwamen 197 uitingen (44,98%) uit de videoconsulten. Een kanttekening hierbij is echter dat al bleek dat de reguliere consulten langer duurden dan de videoconsulten, waardoor er ook meer tijd is waarin patiënten zich kunnen uiten.

Aantal uitingen per minuut

Om het aantal uitingen van patiënten te kunnen vergelijken tussen de regulier consulten en de videoconsulten, is het aantal uitingen per minuut berekend van beide consulten. Bij de reguliere consulten komt dit neer op 1,634 uitingen per minuut. Voor videoconsulten is dit 1,644 uitingen per minuut. Deze resultaten laten zien dat er slechts een heel klein verschil zit in het aantal uitingen van patiënten per minuut voor beide consulten. Dit verschil is zo klein dat het aantal uitingen per minuut voor beide consulten als gelijk kan worden beschouwd. Afgerond wordt dit dan 1,6 uitingen per minuut.

Uitingen per categorie

Categorie 1: het stellen van vragen

Reguliere consulten

Van de 241 uitingen die in de reguliere consulten zijn gecodeerd, behoren 124 uitingen in de eerste categorie. Deze categorie bevat daarmee het merendeel van de gecodeerde uitingen uit reguliere consulten, 51,45% van het totaal aantal uitingen van dit type consult.

Van de 124 uitingen die gecodeerd zijn als het stellen van vragen, waren 96 uitingen directe vragen (39,83%) en 28 uitingen indirecte cues (11,62%). In tabel 4 wordt de verdeling van de frequenties en percentages weergegeven van alle uitingen uit reguliere consulten die in de eerste categorie ingedeeld zijn, waarbij de percentages het aandeel van de frequenties ten opzichte van het totaal aantal uitingen in reguliere consulten weergeven. Daarnaast wordt in tabel 5 de verdeling van dezelfde frequenties weergegeven, maar in deze tabel zijn de percentages ten opzichte van het totaal aantal uitingen in reguliere consulten in categorie 1, om zo de verdeling van uitingen binnen de categorie te tonen.

Tabel 4. Frequenties en percentages in reguliere consulten voor categorie 1 als proportie van het totaal aantal uitingen in reguliere consulten

| | I Arts-geïnitieerd | | II Patiënt-geïnitieerd | | Overig | | Totaal | |
|--------------------|---------------------------|-------|-------------------------------|-------|---------------|------|---------------|--------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 1a: directe vragen | 61 | 25,31 | 27 | 11,20 | 8 | 3,32 | 96 | 39,83 |
| 1b: indirecte cues | 13 | 5,39 | 9 | 3,73 | 6 | 2,49 | 28 | 11,62 |
| Totaal | 74 | | 36 | | 14 | | 124 | 51,45 |

Tabel 5. Frequenties en percentages in reguliere consulten binnen categorie 1

| | I Arts-geïnitieerd | | II Patiënt-geïnitieerd | | Overig | | Totaal | |
|--------------------|---------------------------|-------|-------------------------------|-------|---------------|-------|---------------|------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 1a: directe vragen | 61 | 49,19 | 27 | 21,77 | 8 | 6,45 | 96 | 77,42 |
| 1b: indirecte cues | 13 | 10,48 | 9 | 7,26 | 6 | 4,84 | 28 | 22,58 |
| Totaal | 74 | 59,68 | 36 | 29,03 | 14 | 11,29 | 124 | 100 |

Videoconsulten

Uit de videoconsulten werden in totaal 197 uitingen gecodeerd, waarvan er 89 bij de eerste categorie zijn ingedeeld, wat 45,18% van het totaal aantal uitingen in videoconsulten is. Van de vragen waren er 70 direct (35,53%) en 19 indirect (9,64%). In tabel 6 wordt de verdeling van de frequenties en percentages weergegeven van alle uitingen uit videoconsulten die in de eerste categorie ingedeeld zijn, waarbij de percentages het aandeel van de frequenties ten opzichte van het totaal aantal uitingen in videoconsulten weergeven. Daarnaast wordt in tabel 7 de verdeling van dezelfde frequenties weergegeven, waarbij de percentages ten opzichte van het totaal aantal uitingen in videoconsulten in categorie 1 zijn, om zo de verdeling van uitingen binnen de categorie te tonen.

Tabel 6. Frequenties en percentages in videoconsulten voor categorie 1 als proportie van het totaal aantal uitingen in videoconsulten

| | I Arts-geïnitieerd | | II Patiënt-geïnitieerd | | Overig | | Totaal | |
|--------------------|---------------------------|-------|-------------------------------|-------|---------------|------|---------------|--------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 1a: directe vragen | 36 | 18,27 | 32 | 16,24 | 2 | 1,02 | 70 | 35,53 |
| 1b: indirecte cues | 7 | 3,55 | 10 | 5,08 | 2 | 1,02 | 19 | 9,64 |
| Totaal | 43 | | 42 | | 4 | | 89 | 45,18 |

Tabel 7. Frequenties en percentages in videoconsulten binnen categorie 1

| | I Arts-geïnitieerd | | II Patiënt-geïnitieerd | | Overig | | Totaal | |
|--------------------|--------------------|-------|------------------------|-------|----------|------|-----------|------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 1a: directe vragen | 36 | 40,45 | 32 | 35,96 | 2 | 2,25 | 70 | 78,65 |
| 1b: indirecte cues | 7 | 7,87 | 10 | 11,24 | 2 | 2,25 | 19 | 21,35 |
| Totaal | 43 | 48,31 | 42 | 47,19 | 4 | 4,49 | 89 | 100 |

Vergelijking tussen consulten

De resultaten van categorie 1 laten zien dat er tijdens de reguliere consulten in verhouding (51,45% t.o.v. totaal aantal uitingen in reguliere consulten) meer vragen werden gesteld dan tijdens de videoconsulten (45,18% t.o.v. totaal aantal uitingen in videoconsulten). Toch is de verdeling van de directe vragen en indirecte cues binnen de categorie ongeveer gelijk: van de vragen in reguliere consulten is 77,24% direct gesteld en 22,58% indirect (zie tabel 5). Voor videoconsulten is dit respectievelijk 78,65% en 21,35% (zie tabel 7).

Binnen deze subcategorieën bestaat echter wel diversiteit tussen of de vragen geïnitieerd zijn door de arts of door de patiënt. Zo zijn de vragen uit de reguliere consulten dubbel zo vaak door de arts geïnitieerd (59,68%) vergeleken met de patiënt (29,03%) (zie tabel 5). Bij de videoconsulten is te zien dat de verhouding arts- en patiënt-geïnitieerde vragen bijna gelijk is (48,31% en 47,19 %) (zie tabel 7). Vergeleken met de reguliere consulten (29,03%) worden er in de videoconsulten (47,19%) dus meer patiënt-geïnitieerde vragen gesteld.

Categorie 2: Het uitdrukken van zorgen

Zowel bij de reguliere consulten als bij de videoconsulten bevat deze categorie de minste uitingen. Voor beide type consulten zijn er twaalf uitingen die binnen deze categorie vallen, wat van de reguliere consulten 4,98% van het totaal aantal uitingen is en van de videoconsulten 6,09%. Hierbij dient opgemerkt te worden dat bij de reguliere consulten de uitingen van vier patiënten in totaal afkomstig zijn (die 4, 1, 3 en 4 uitingen van zorgen uitten). Bij de videoconsulten zijn de uitingen van zorgen meer verspreid, namelijk over zeven patiënten (die 3, 1, 3, 2, 1, 1, 1 uitingen van zorgen uitten). Daarnaast is er ook een klein verschil te zien in verdeling van de uitingen over de subcategorieën. In tabel 8 worden de frequenties en percentages weergegeven van alle uitingen van zowel de reguliere consulten als de

videoconsulten die in de tweede categorie ingedeeld zijn. De percentages zijn ten opzichte van het totaal aantal uitingen per type consult.

Tabel 8. Frequenties en percentages van uitingen uit reguliere consulten en videoconsulten voor categorie 2 als proportie van het totaal aantal uitingen per type consult

| | Reguliere consulten | | Videoconsulten | |
|---|----------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 2a: Ongerustheid, zorgen, angst | 5 | 2,07 | 5 | 2,54 |
| 2b: Frustratie, boosheid, negatieve emoties | 5 | 2,07 | 7 | 3,55 |
| Overig | 2 | 0,83 | 0 | 0 |
| Totaal | 12 | 4,98 | 12 | 6,09 |

Categorie 3: Assertieve uitingen

Reguliere consulten

Van de 241 gecodeerde uitingen van patiënten tijdens reguliere consulten werden er 105 ingedeeld in de derde categorie, wat 43,57% van het totale aantal uitingen is. Hiervan bevatten 78 uitingen (32,77%) een mening, wens, overtuiging of interesse van de patiënt. Daarnaast waren er 12 uitingen (4,98%) waarmee de patiënt expliciet (4 uitingen, 1,66%) of impliciet (8 uitingen, 3,32%) een nieuw onderwerp introduceerde tijdens het gesprek met de arts. In tabel 9 wordt de verdeling van de frequenties en percentages weergegeven van alle uitingen uit reguliere consulten die in de derde categorie ingedeeld zijn. De percentages zijn ten opzichte van het totale aantal uitingen in reguliere consulten. Daarnaast wordt in tabel 10 de verdeling van dezelfde frequenties weergegeven, waarbij de percentages ten opzichte van het totaal aantal uitingen in reguliere consulten in categorie 3 zijn zodat de verdeling van uitingen binnen de categorie wordt vergeleken.

Tabel 9. Frequenties en percentages in reguliere consulten voor categorie 3 als proportie van het totaal aantal uitingen in reguliere consulten

| | I Expliciet | | II Impliciet | | Totaal | |
|----------------------------------|--------------------|------|---------------------|------|---------------|--------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 3a: meningen, wensen, e.d. | - | - | - | - | 78 | 32,37 |
| 3b: introduceren nieuw onderwerp | 4 | 1,66 | 8 | 3,32 | 12 | 4,98 |
| Overig | - | - | - | - | 15 | 6,22 |
| Totaal | - | - | - | - | 105 | 43,57 |

Tabel 10. Frequenties en percentages in reguliere consulten binnen categorie 3

| | I Expliciet | | II Impliciet | | Totaal | |
|----------------------------------|--------------------|------|---------------------|------|---------------|------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 3a: meningen, wensen, e.d. | - | - | - | - | 78 | 74,29 |
| 3b: introduceren nieuw onderwerp | 4 | 3,81 | 8 | 7,62 | 12 | 11,43 |
| Overig | - | - | - | - | 15 | 14,29 |
| Totaal | - | - | - | - | 105 | 100 |

Videoconsulten

Uit de videoconsulten zijn in totaal 197 uitingen gecodeerd, waarvan het merendeel van 96 uitingen (48,73%) tot de derde categorie behoort. Van de 96 uitingen konden er 64 (32,49%) worden ingedeeld in subcategorie 3a die o.a. uitingen van meningen, wensen en interesses van de patiënt bevat, en 26 (13,20%) in subcategorie 3b met uitingen om nieuwe onderwerpen te introduceren. Van deze laatste subcategorie waren 18 (9,14%) introducties op een expliciete manier geuit, en 8 (4,06%) op een impliciete manier. In tabel 11 wordt de verdeling van de frequenties en percentages weergegeven van alle uitingen uit videoconsulten die in de derde categorie ingedeeld zijn, waarbij de percentages het aandeel van de frequenties ten opzichte van

het totaal aantal uitingen in videoconsulten weergegeven. In tabel 12 wordt de verdeling van dezelfde frequenties weergegeven, maar waarbij de percentages ten opzichte van het totaal aantal uitingen in videoconsulten in categorie 3 zijn, om zo de verdeling van uitingen binnen de categorie te tonen.

Tabel 11. Frequenties en percentages in videoconsulten voor categorie 3 als proportie van het totaal aantal uitingen in videoconsulten

| | I Expliciet | | II Impliciet | | Totaal | |
|----------------------------------|--------------------|------|---------------------|------|---------------|--------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 3a: meningen, wensen, e.d. | - | - | - | - | 64 | 32,49 |
| 3b: introduceren nieuw onderwerp | 18 | 9,14 | 8 | 4,06 | 26 | 13,20 |
| Overig | - | - | - | - | 6 | 3,05 |
| Totaal | - | - | - | - | 96 | 48,73 |

Tabel 12. Frequenties en percentages in videoconsulten binnen categorie 3

| | I Expliciet | | II Impliciet | | Totaal | |
|----------------------------------|--------------------|-------|---------------------|------|---------------|------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 3a: meningen, wensen, e.d. | - | - | - | - | 64 | 66,67 |
| 3b: introduceren nieuw onderwerp | 18 | 18,75 | 8 | 8,33 | 26 | 27,08 |
| Overig | - | - | - | - | 6 | 6,25 |
| Totaal | - | - | - | - | 96 | 100 |

Vergelijking tussen consulten

De resultaten van categorie 3 laten zien dat er in videoconsulten in verhouding meer (48,73%) assertieve uitingen worden geuit door patiënten dan in de reguliere consulten (43,57%). De patiënten hebben in beide consulten een gelijke mate van assertieve uitingen waarin een mening, wens, overtuiging of interesse van de patiënt naar voren kwam: bij de reguliere

consulten was dit 32,37% van het totaal aantal uitingen, en bij videoconsulten 32,49%. Uitingen over het introduceren van nieuwe onderwerpen en overige assertieve uitingen verschilden tussen beide consulten. Daarnaast zijn de assertieve uitingen binnen de derde categorie ook verschillend verdeeld over de subcategorieën, zoals in tabel 10 en 12 te zien is. Hierbij valt op dat er tijdens de videoconsulten meer (27,08% van totaal aantal assertieve uitingen in videoconsulten) onderwerpen door de patiënt geïntroduceerd werden dan tijdens de reguliere consulten (11,34% van totaal aantal assertieve uitingen in reguliere consulten), en dat die introducties tijdens videoconsulten vaker expliciet (18,75%) waren dan impliciet (8,33%), wat voor de reguliere consulten omgekeerd is (3,81% en 7,62%).

Uitingen per type consult

Naast het vergelijken van uitingen tussen twee groepen patiënten met een verschillend type consult, is het van belang om ook de data binnen die groepen patiënten te bespreken. Gezien de kleine aantallen consulten die gebruikt zijn, hebben patiënten als individuen een grote invloed op de uiteindelijke resultaten. Vandaar dat het ook nodig is om de invloed van patiënten afzonderlijk vast te stellen.

Zowel bij de reguliere consulten als bij de videoconsulten zijn de frequenties van de uitingen per patiënt (genummerd d.m.v. inclusienummer) per categorie weergegeven in een tabel. Aangezien de duur van de consulten verschilt, is van alle frequenties van de uitingen het aantal uitingen per minuut berekend om de verhouding van aantal uitingen en duur van het gesprek te berekenen en daarmee de uitingen tussen patiënten te kunnen vergelijken. Het aantal uitingen per minuut wordt naast de frequentie in de tabel weergegeven. Daarnaast wordt in de tabel ook het totaal aantal uitingen per patiënt gepresenteerd, waardoor het aandeel van de uitingen van de patiënt aan het totale aantal uitingen is berekend.

Om de uitingen van patiënten met elkaar te vergelijken is het nodig om zowel de uitingen per minuut als het aandeel in procenten weer te geven. Dit omdat een lang gesprek ongeveer even veel uitingen kan hebben als een korter gesprek waardoor de bijdrage aan het totaal aantal uitingen dus ongeveer gelijk is, maar waardoor de uitingen per minuut tussen de gesprekken erg verschillen. Om die reden worden de uitingen op beide manieren met elkaar vergeleken. Hieronder volgt een bespreking van de opvallende bevindingen van patiënten per type consult.

Reguliere consulten

Uit tabel 13 komt naar voren dat twee van de tien patiënten uit reguliere consulten minder uitingen per minuut hebben dan de andere patiënten. Dit betreffen patiënten met inclusienummer 7 en 24 en hun aantal uitingen per minuut komt maar net boven de 1. Opvallend hierbij is dat deze patiënten niet per se de minste bijdrage leveren aan het totaal aantal uitingen uit de reguliere consulten. Patiënt 7 wordt daarbij wel gezien als een uitzondering, aangezien deze patiënt met in totaal vijf uitingen tijdens een gesprek van bijna vijf minuten heeft bijgedragen aan slechts 2,07% van het totaal aantal uitingen. Patiënt 24 heeft met 15 uitingen een bijdrage van 6,22% aan het totaal aantal uitingen geleverd, wat vergelijkbaar is met twee andere consulten (nr. 23 en 26).

Patiënt 32 heeft gemiddeld de meeste uitingen per minuut, namelijk 2,770. In totaal heeft deze patiënt 43 uitingen, wat leidt tot de één na hoogste bijdrage van 17,85%. De patiënt met de grootste bijdrage aan het totaal aantal uitingen is patiënt 10 met 59 uitingen. Gemiddeld uitte deze patiënt 1,836 uitingen per minuut. Vergeleken met de andere consulten is dit aan de hoge kant, maar niet opvallend hoog. Patiënt 23 heeft bijvoorbeeld een vergelijkbaar aantal uitingen per minuut (1,864), maar een veel minder grote bijdrage aan het totaal aantal uitingen (6,22%).

Zeven van de tien patiënten van de reguliere consulten hadden één of meerdere personen meegenomen naar het consult. Dit betreft patiënten 2, 7, 9, 10, 25, 29 en 32. Opvallend is dat de patiënten die alleen waren tijdens het consult, namelijk patiënt 23, 24 en 26, alle drie met de uitingen die zij deden een gelijke mate van bijdrage leverden aan het totaal aantal uitingen; ongeveer 6%. Het aandeel dat de patiënten hadden die iemand meebrachten naar het consult, verschilt onderling erg. De resultaten van het aandeel dat patiënten hebben in het totale aantal uitingen laten dus geen duidelijk te onderscheiden verschil zien tussen enerzijds patiënten die alleen bij het consult aanwezig waren en anderzijds patiënten die iemand meebrachten. Ook aan het totale aantal uitingen per minuut is geen verschil te zien of patiënten iemand meebrachten naar het consult of niet.

Tabel 13. Frequentie van uitingen omgerekend naar uitingen per minuut en het aandeel van het totaal aantal uitingen per patiënt aan het totale aantal uitingen van reguliere consulten

| Inclusie- nummer | Gespreks- Duur | 1: vragen | | 2: zorgen | | 3: assertief | | Totaal | | Aandeel | |
|---------------------|-------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------------|-------|--------|-------|------------|------------|
| | | n | p/m | n | p/m | n | p/m | n | p/m | n | % |
| 2 | 00:07:02 | 5 | 0,711 | 0 | 0 | 6 | 0,853 | 11 | 1,564 | 11 | 4,56 |
| 7 | 00:04:54 | 3 | 0,612 | 0 | 0 | 2 | 0,408 | 5 | 1,020 | 5 | 2,07 |
| 9 | 00:22:15 | 18 | 0,809 | 0 | 0 | 10 | 0,449 | 28 | 1,258 | 28 | 11,62 |
| 10 | 00:32:08 | 32 | 0,996 | 4 | 0,124 | 23 | 0,716 | 59 | 1,836 | 59 | 24,48 |
| 23 | 00:08:35 | 10 | 1,165 | 1 | 0,117 | 5 | 0,583 | 16 | 1,864 | 16 | 6,64 |
| 24 | 00:14:19 | 6 | 0,419 | 0 | 0 | 9 | 0,629 | 15 | 1,048 | 15 | 6,22 |
| 25 | 00:16:19 | 13 | 0,797 | 0 | 0 | 7 | 0,429 | 20 | 1,226 | 20 | 8,30 |
| 26 | 00:11:27 | 4 | 0,349 | 0 | 0 | 12 | 1,048 | 16 | 1,397 | 16 | 6,64 |
| 29 | 00:14:56 | 19 | 1,272 | 3 | 0,201 | 6 | 0,402 | 28 | 1,875 | 28 | 11,62 |
| 32 | 00:15:32 | 14 | 0,901 | 4 | 0,258 | 25 | 1,609 | 43 | 2,770 | 43 | 17,85 |
| Totaal: | 02:27:27 | 124 | 0,841 | 12 | 0,081 | 105 | 0,712 | 241 | 1,634 | 241 | 100 |

Videoconsulten

Uit tabel 14 komt naar voren dat patiënt 1 erg weinig uitingen per minuut heeft vergeleken met de andere patiënten, namelijk maar 0,468 uitingen per minuut. In de duur van zes en halve minuut van het consult heeft de patiënt twee vragen gesteld en één assertieve uiting gehad, wat neerkomt op maar drie uitingen tijdens het gehele gesprek, waarmee de patiënt maar een bijdrage van 1,52% aan het totale aantal uitingen in videoconsulten levert. Patiënten 13 en 34 zitten met respectievelijk 0,900 en 0,725 uitingen per minuut ook aan de lage kant vergeleken met de anderen. Zij hebben dan ook een klein aandeel in het totaal aantal uitingen, namelijk 5,58% en 3,55%.

Patiënt 11 heeft met 2,426 uitingen per minuut het meest aantal uitingen per minuut van de patiënten uit de videoconsulten. Hoewel deze patiënt de meeste uitingen per minuut heeft, levert deze patiënt met 26 uitingen de op vier na grootste bijdrage aan het totaal aantal uitingen (13,20%). Patiënten 3 en 14 leveren de grootste bijdrage aan het totaal aantal uitingen, met

respectievelijk 15,23% en 16,75%. Daarbij valt op dat patiënt 3 wel veel uitingen per minuut heeft gedaan (2,317), maar patiënt 14 niet (1,479).

Bij acht van de tien patiënten waren er tijdens het videoconsult één of meerdere personen extra aanwezig, namelijk bij patiënten 3, 4, 6, 11, 13, 14, 27 en 31. Het aandeel van deze patiënten afzonderlijk aan het totale aantal uitingen is erg verschillend; de aandelen zijn soms hoog zoals bij patiënt 3 en 14 (15,23% en 16,75%), maar kunnen ook lager zijn, zoals het geval is bij patiënt 4 en 13 (7,11% en 5,58%). Ook het totale aantal uitingen per minuut verschilt tussen deze patiënten erg veel. Wat echter opvalt is dat de twee patiënten die het consult alleen voerden, dat zijn patiënt 1 en 34, beiden afzonderlijk de minste bijdrage leveren aan het totale aantal uitingen (1,52% en 3,55%) en ook in totaal het minste aantal uitingen per minuut hebben (1,468 en 0,725 uitingen per minuut).

Tabel 14. Frequentie van uitingen omgerekend naar uitingen per minuut en het aandeel van het totaal aantal uitingen per patiënt aan het totale aantal uitingen van videoconsulten

| Inclusie- nummer | Gespreks- Duur | 1: vragen | | 2: zorgen | | 3: assertief | | Totaal | | Aandeel | |
|---------------------|-------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------------|-------|----------|-------|------------|------------|
| | | <i>n</i> | p/m | <i>n</i> | p/m | <i>n</i> | p/m | <i>n</i> | p/m | <i>n</i> | % |
| 1 | 00:06:25 | 2 | 0,312 | 0 | 0 | 1 | 0,156 | 3 | 0,468 | 3 | 1,52 |
| 3 | 00:12:57 | 14 | 1,081 | 3 | 0,232 | 13 | 1,004 | 30 | 2,317 | 30 | 15,23 |
| 4 | 00:12:25 | 9 | 0,725 | 0 | 0 | 5 | 0,493 | 14 | 1,137 | 14 | 7,11 |
| 6 | 00:13:32 | 13 | 0,961 | 1 | 0,074 | 15 | 1,108 | 29 | 2,143 | 29 | 14,72 |
| 11 | 00:10:43 | 11 | 1,026 | 3 | 0,280 | 12 | 1,120 | 26 | 2,426 | 26 | 13,20 |
| 13 | 00:12:13 | 8 | 0,655 | 2 | 0,164 | 1 | 0,082 | 11 | 0,900 | 11 | 5,58 |
| 14 | 00:22:19 | 14 | 0,627 | 1 | 0,045 | 18 | 0,808 | 33 | 1,479 | 33 | 16,75 |
| 27 | 00:11:02 | 5 | 0,453 | 1 | 0,091 | 17 | 1,541 | 23 | 2,085 | 23 | 11,68 |
| 31 | 00:09:44 | 12 | 1,233 | 0 | 0 | 9 | 0,925 | 21 | 2,158 | 21 | 10,66 |
| 34 | 00:09:39 | 1 | 0,104 | 1 | 0,104 | 5 | 0,518 | 7 | 0,725 | 7 | 3,55 |
| Totaal: | 00:59:49 | 89 | 0,742 | 12 | 0,100 | 96 | 0,801 | 197 | 1,644 | 197 | 100 |

Vergelijking tussen type consult

Bij de vergelijking van de uitingen van patiënten binnen het type consult valt een verschil op in het totale aantal uitingen per minuut tussen patiënten. Zo hebben de patiënten met de minste uitingen per minuut in reguliere consulten, alsnog gemiddeld meer uitingen dan de patiënten uit de videoconsulten die de minste uitingen per minuut hadden. De patiënten uit de reguliere consulten hadden gemiddeld namelijk allebei net iets meer dan 1 uiting per minuut, terwijl de patiënten uit de videoconsulten alle drie nog onder dit getal zaten, in één enkel geval (inclusienummer 1) was dit nog niet eens de helft daarvan (0,468). In beide type consulten was er één patiënt die, vergeleken met de andere patiënten, procentueel gezien een erg lage bijdrage leverde aan het totaal aantal uitingen per type consult. In beide gevallen behoorden deze patiënten ook tot de patiënten met gemiddeld de minste uitingen per minuut.

Bij de reguliere consulten was er één patiënt die opviel doordat deze patiënt vergeleken met de andere patiënten veel uitingen per minuut had, terwijl een dergelijk verschil tussen patiënten in videoconsulten niet zo aanwezig was. Ook was er in de reguliere consulten een andere patiënt die opviel door het hoge aandeel in procenten aan het totale aantal uitingen van het type consult. Wederom was een dergelijk verschil bij patiënten van de videoconsulten niet zichtbaar.

Conclusie

Het doel van dit exploratieve onderzoek was om eventuele verschillen in verbale participatie van patiënten tijdens reguliere consulten en videoconsulten met een arts in kaart te brengen. Voor dit onderzoek zijn uitingen van echte patiënten geanalyseerd tijdens consulten met de arts die los van het onderzoek ook hadden plaatsgevonden.

Uitingen van patiënten tijdens medische consulten konden worden ingedeeld in de opgestelde categorieën en subcategorieën om patiëntparticipatie te meten; er was geen categorie of subcategorie waarin uitingen niet konden worden ingedeeld. Het totaal aantal uitingen per minuut in reguliere consulten verschilde in zo'n kleine mate van het totaal aantal uitingen per minuut in videoconsulten, dat dit voor beide consulten als gelijkwaardig kan worden gezien. Rekening houdend met de duur van de consulten, was er dus geen verschil in aantal uitingen tussen de twee typen consulten.

Er is wel een verschil zichtbaar in de verdeling van de uitingen tussen de categorieën wanneer beide consulten met elkaar werden vergeleken. Zo waren de meeste uitingen in reguliere consulten vragen behorend tot categorie 1, terwijl in videoconsulten assertieve uitingen behorend tot categorie 3 het vaakst voorkwamen.

Wat betreft categorie 1: het stellen van vragen, kan geconcludeerd worden dat er in reguliere consulten meer vragen worden gesteld dan in videoconsulten. De verhouding van directe vragen en indirecte cues was in beide consulten ongeveer gelijk. Wel kwam duidelijk naar voren dat de vragen in videoconsulten in verhouding vaker patiënt-geïnitieerd waren dan in reguliere consulten.

In beide consulten kwamen uitingen uit categorie 2: het uitdrukken van zorgen, het minst voor. In verhouding uitten patiënten tijdens videoconsulten meer zorgen dan tijdens reguliere consulten, en waren de uitingen van zorgen in videoconsulten verdeeld over meer patiënten (7) dan in vergelijking met de reguliere consulten (4).

Patiënten hadden tijdens videoconsulten meer uitingen die in categorie 3: assertieve uitingen, ingedeeld konden worden dan tijdens reguliere consulten. In beide consulten kwamen uitingen die een mening, wens, overtuiging of interesse van de patiënt kenbaar maakt in gelijke mate voor ten opzichte van het totaal aantal uitingen per consult. In verhouding introduceerden patiënten meer onderwerpen tijdens videoconsulten dan tijdens reguliere consulten. Daarnaast introduceerden patiënten nieuwe onderwerpen in videoconsulten vaker expliciet dan impliciet, terwijl in reguliere consulten onderwerpen vaker impliciet dan expliciet werden geïntroduceerd.

De uitingen van patiënten waren bij beide type consulten verschillend verdeeld over de categorieën en subcategorieën en voor beide typen consulten geldt dat er patiënten waren die (erg) weinig of (erg) veel uitingen hadden in vergelijking met de andere patiënten van het zelfde type consult. Hierbij viel op dat de drie patiënten uit videoconsulten met het minste aantal uitingen per minuut onder de 1 uiting per minuut zaten, terwijl de twee patiënten uit de reguliere consulten met het minste aantal uitingen, hier net boven zaten.

Of de aanwezigheid tijdens het consult van één persoon of meerdere personen naast de patiënt invloed heeft op het aantal uitingen van de patiënt tijdens het consult, is niet duidelijk naar voren gekomen. Het enige opvallende hierbij is dat de patiënten die het videoconsult alleen voerden, ook de minste bijdrage leverden aan het totale aantal uitingen in videoconsulten en daarnaast ook het minste aantal uitingen per minuut hadden. Aangezien het totale databestand te klein is om hier een verband in aan te tonen, kan er geen conclusie worden getrokken over de invloed van naasten op het aantal uitingen van de patiënt, en dus op de participatie.

Als expliciet antwoord op de onderzoeksvraag kan dus gesteld worden dat patiënten qua aantal uitingen per minuut geen verschillen tonen tussen reguliere consulten en videoconsulten. Wel komt duidelijk naar voren dat de verdeling van de uitingen over de categorieën en subcategorieën verschilt. In reguliere consulten worden meer vragen gesteld dan in videoconsulten, terwijl de vragen in videoconsulten vergeleken met de reguliere consulten vaker door de patiënt geïnitieerd zijn. In videoconsulten zijn uitingen van patiënten vaker assertief dan in reguliere consulten, en worden er in verhouding in videoconsulten meer onderwerpen geïntroduceerd die vaker expliciet zijn dan in reguliere consulten. Kortom: de verbale participatie van patiënten is in videoconsulten niet meer of minder dan in reguliere consulten, maar de manier waarop geparticipeerd wordt verschilt wel.

Wanneer de mate van participatie zou verschillen tussen de verschillende consulten, zou dat voornamelijk komen doordat het medium van invloed is op het verloop van het gesprek. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat tijdens de geanalyseerde consulten het medium niet van invloed was op de hoeveelheid participatie, maar wel op de manier waarop patiënten participeren. In deze situatie is het dus niet zo dat patiëntparticipatie beperkt wordt wanneer het consult via een videoverbinding wordt gevoerd, zoals wel gevreesd werd (Agha et al., 2009).

Discussie

Bespreking resultaten en literatuur

Uit de globale resultaten van een analyse van reguliere consulten en videoconsulten kwam naar voren dat de totale duur van tien reguliere consulten langer was dan de duur van tien videoconsulten, met een verschil van bijna een half uur. Dit is opvallend aangezien de consulten qua inhoud redelijk gelijkwaardig zijn. Het verschil in duur tussen de consulten kan deels worden verklaard doordat er bij de reguliere consulten één patiënt was waarbij het consult 32 minuten duurde, wat uitzonderlijk lang is vergeleken met de andere consulten. Toch kan deze ene patiënt niet verantwoordelijk zijn voor een verschil van bijna een half uur qua gespreksduur. Uit ander onderzoek komt ook naar voren dat er een verschil is qua gespreksduur tussen reguliere consulten en videoconsulten: videoconsulten duren significant korter dan reguliere consulten (Agha et al., 2009; Liu et al., 2007).

Het verschil in gespreksduur zou volgens Street Jr et al. (2018) moeten leiden tot een verschil in participatie. Zij concluderen namelijk dat een langer gesprek ook leidt tot meer participatie van patiënten. De resultaten van het huidige onderzoek spreken dit tegen, aangezien de mate van participatie van patiënten qua hoeveelheid niet verschilt tussen beide typen consulten. Dit resultaat was ook niet verwacht gezien de constatering dat videogesprekken minder intimiderend zouden zijn voor patiënten (Alpert et al., 2017) waardoor zij wellicht meer zouden participeren dan in reguliere gesprekken. Deze uitkomst laat echter ook zien dat een negatieve verwachting over de invloed van het medium op patiëntparticipatie niet bevestigd wordt in het huidige onderzoek. Agha et al. (2009) geven namelijk aan dat er zorgen bestonden dat videoconsulten ertoe leiden dat patiënten minder zouden participeren dan in reguliere consulten. De resultaten van het huidige onderzoek spreken deze negatieve verwachting tegen, aangezien er geen verschil qua hoeveelheid participatie naar voren komt. Gezien het feit dat patiënten in het huidige onderzoek tijdens een kortere tijd van videoconsulten evenveel participeren als in een langere tijd van reguliere consulten, wekt dat de implicatie dat videoconsulten efficiënter zijn dan reguliere consulten.

Een andere zorg omtrent videoconsulten was dat de arts een te dominante rol zou spelen tijdens het consult (Agha et al., 2009). Tijdens reguliere consulten bestaat er al een vaste rolverdeling tussen de arts en de patiënt waarbij de arts als gastheer wordt gezien en de patiënt als gast (Ten Have, 2001). Communicatie via een medium zou ervoor kunnen zorgen dat de verhoudingen in de rolverdeling veranderen. Ook wanneer patiënten actiever participeren, zou dat zorgen voor een andere rolverdeling; deze zou namelijk gelijkter worden (Hubbard et al.,

2007). Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek kan daarom gesteld worden dat de rolverdeling tussen arts en patiënt in de geanalyseerde consulten niet verandert door de participatie van de patiënt, aangezien de mate van participatie tussen reguliere consulten en videoconsulten gelijk is. Hieruit zou opgemaakt kunnen worden dat de arts in videoconsulten geen dominantere rol aanneemt dan in reguliere consulten waardoor de rolverdeling gelijk blijft, ook doordat de patiënt in videoconsulten niet actiever participeert dan in reguliere consulten.

Tijdens het analyseren van de consulten zijn de drie basiscategorieën van Street Jr en Millay (2001) uitgebreid met subcategorieën, aangezien uit de analyses naar voren kwam dat er verschillende soorten uitingen binnen een categorie voorkwamen. De subcategorieën zijn naast eigen bevindingen ook uitgebreid op basis van (sub)categorieën uit eerder onderzoek. Uit de resultaten van het huidige onderzoek komt naar voren dat van zowel de reguliere consulten als de videoconsulten de uitingen van patiënten in alle opgestelde categorieën konden worden ingedeeld. Aangezien deze subcategorieën niet onderscheiden worden in het onderzoek van Street Jr en Millay (2001) om patiëntparticipatie te meten, komen deze ook niet voor in ander onderzoek naar patiëntparticipatie die de drie categorieën hebben overgenomen. Om die reden kunnen alleen de uitkomsten van de basis-categorieën met elkaar worden vergeleken.

Uit onderzoek van Street en Millay (2001) blijkt dat van het totaal aantal uitingen die patiënten deden tijdens een medisch consult, voor 2% bestond uit het stellen van vragen, voor 1,2% uit het uitdrukken van zorgen en voor 3,8% uit assertieve uitingen. Later onderzoek laat zien dat patiënten gemiddeld per consult zes vragen stelden, drie uitingen van zorgen en zeven assertieve uitingen deden (Street Jr et al., 2005). Uit beide onderzoeken komt dus naar voren dat de uitingen van patiënten tijdens een medisch consult het meest assertief zijn, gevolgd door het stellen van vragen en dat zij slechts in mindere maten zorgen uiten. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van de videoconsulten in het huidige onderzoek. Voor reguliere consulten is deze volgorde echter verschillend; daar werden namelijk meer vragen gesteld dan assertieve uitingen werden gedaan. Het uitdrukken van zorgen werd het minst gedaan. Deze resultaten zijn opvallend gezien het feit dat de eerdere onderzoeken uitgevoerd zijn op basis van reguliere consulten, terwijl in het huidige onderzoek de bevindingen van reguliere consulten hier niet mee in overeenstemming zijn.

Tijdens de reguliere consulten en de videoconsulten in het huidige onderzoek waren vaak extra personen naast de patiënt aanwezig. Eerder onderzoek laat zien dat er zorgen bestaan over de invloed van een derde persoon op de participatie van patiënten. Zo zou een derde persoon tijdens het gesprek kunnen participeren, wat in het onderzoek van Agha et al. (2009) als een negatief punt wordt gezien. Uit de studie van Zandbelt et al. (2007) komt namelijk naar

voren dat de actieve participatie van de patiënt werd verminderd wanneer deze een extra persoon meebracht naar het consult. Op zich hoeft dit nog niet per se negatief te zijn; wanneer deze extra persoon bijvoorbeeld vragen stelt die de patiënt anders had gesteld, verkrijgt de patiënt alsnog dezelfde hoeveelheid informatie. Of de algehele participatie van de patiënt vergezeld door een extra persoon toenam, werd niet vermeld in het onderzoek.

Ander onderzoek toont aan dat er geen verschil zichtbaar was in participatie tussen patiënten die alleen waren tijdens het consult en patiënten die iemand meebrachten (Street Jr & Gordon, 2008). In het huidige onderzoek kon er ook geen duidelijke uitspraak gedaan worden of een extra persoon tijdens het consult ertoe leidde dat er meer participatie plaatsvond. Een belangrijke opmerking hierbij is echter dat de besproken onderzoeken vooral op de invloed van de extra persoon op de participatie van de patiënt gericht zijn, terwijl in het huidige onderzoek de participatie bestaat uit zowel uitingen van patiënten als van eventuele extra personen. Wanneer in het huidige onderzoek de extra personen van invloed zouden zijn, dan zou dat op de algehele participatie zijn aangezien de invloed daarvan niet op de patiënt specifiek is onderzocht. Voor zover uit de resultaten van het huidige onderzoek naar voren komt, is er geen duidelijk verschil zichtbaar in participatie tussen patiënten die het consult alleen voeren en patiënten die iemand meebrachten. Bij videoconsulten valt het wel op dat de patiënten die alleen waren, het minst participeerden. De resultaten van het huidige onderzoek zijn echter te kleinschalig om hier een uitspraak over te doen of conclusies uit te trekken.

Beperkingen

Een beperking van het huidige onderzoek is dat de groep patiënten waarbij de data voor de analyse van het onderzoek verzameld werden, niet erg groot is. In totaal zijn de consulten van 20 patiënten geanalyseerd, waardoor uitingen van tien reguliere consulten met tien videoconsulten vergeleken konden worden. Dit maakt dat het slechts mogelijk is om uitspraken te doen over de patiënten die deelnamen aan het onderzoek; de resultaten en conclusies hiervan geven slechts een eerste indruk van eventuele verschillen in patiëntparticipatie, maar zijn echter niet generaliseerbaar naar een grotere populatie. Daarnaast zorgt de kleinschalige omvang van data ervoor dat patiënten die op een afwijkende manier participeren een grote invloed hebben op de resultaten. Gezien de afhankelijkheid door data te gebruiken van een groter onderzoek (het Facetalk-onderzoek) en de beperkte periode om het huidige onderzoek uit te voeren, konden er niet meer data verzameld en gebruikt worden binnen dit onderzoek. Uit de bestaande, beschikbare data zijn zo veel mogelijk bruikbare consulten gebruikt, maar het totaal aantal blijft niet groot.

Een ander belangrijk punt dat als beperking gezien kan worden, is het soort consult dat geanalyseerd is tijdens het huidige onderzoek. Patiënten krijgen tijdens het consult de uitslag van een weefselonderzoek naar aanleiding van een mogelijke diagnose van kanker. Dit soort consult verschilt met de standaard (reguliere) consulten waarin de patiënt bijvoorbeeld voor het eerst bij de arts komt en zijn of haar klachten presenteert, waarna de arts mogelijk een diagnose stelt (Pappas & Seale, 2009; Ten Have, 2002). De inhoud en opbouw van de consulten die gebruikt zijn voor de analyses kan daardoor verschillen van andere soorten consulten die in eerder onderzoek gebruikt zijn om participatie van patiënten te meten, waardoor patiënten mogelijk op een andere manier participeren.

Tijdens het Facetalk-onderzoek zijn de vragenlijsten niet door alle patiënten die deelnamen (geheel) ingevuld. Daardoor ontbreekt er algemene informatie over enkele patiënten (bijvoorbeeld leeftijd), maar kan ook niet weergegeven worden hoe patiënten het consult ervaren en of dit nog verschilde tussen reguliere consulten en videoconsulten. Daardoor kan er geen uitspraak gedaan worden over de samenhang van participatie en meningen van patiënten over het consult.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Medische consulten worden nog maar weinig via videoverbinding gevoerd waardoor er nog niet veel bekend is over de effecten van het medium op het gesprek. Een van de aspecten waar meer wetenschappelijke informatie over vergaard dient te worden, is de manier waarop patiënten participeren tijdens een videoconsult. Het huidige onderzoek heeft tien reguliere consulten tegen tien vergelijkbare videoconsulten afgezet om een vergelijking te maken in patiëntparticipatie. Aangezien dit een kleinschalig onderzoek is, kunnen de verkregen resultaten niet worden gegeneraliseerd en blijft de behoefte naar meer kennis over dit onderwerp bestaan. Voor vervolgonderzoek is het daarom relevant om meer over patiëntparticipatie in medische videoconsulten te onderzoeken. Grotere steekproeven zijn hierbij van belang, aangezien dat zal leiden tot meer betrouwbare informatie.

Daarnaast dient er in vervolgonderzoek rekening gehouden te worden met het soort consult dat geanalyseerd wordt, aangezien patiëntparticipatie situationeel varieert (Street Jr et al., 2005). In het huidige onderzoek betrof dit een consult waarin de patiënt de uitslag van een weefselonderzoek kreeg naar aanleiding van een mogelijke diagnose van kanker. Dit betreft een ernstige ziekte, wat wellicht invloed heeft op de manier waarop de patiënt communiceert en participeert. Het is van belang om kennis te vergaren over participatie van patiënten tijdens verschillende soorten consulten, bijvoorbeeld tijdens een eerste consult bij de huisarts maar ook

tijdens een slechtnieuwsgesprek. Daarbij is het relevant om te onderzoeken of de patiëntparticipatie mogelijk verschilt in videoconsulten in vergelijking met reguliere consulten. Op die manier kan er een afweging worden gemaakt welke consulten geschikt zijn om via videoverbinding te voeren.

Tijdens het huidige onderzoek was het niet mogelijk om input van patiënten over het consult mee te nemen, vanwege het feit dat niet alle patiënten de vragenlijsten (volledig) hadden ingevuld. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om naast de patiëntparticipatie tijdens het consult, ook input en meningen van patiënten over het verloop van het consult mee te nemen. Op die manier kan er meer geconcludeerd worden over de gemeten participatie: niet alleen of, in welke mate, en hoe patiënten participeren, maar ook of zij daar zelf tevreden over zijn of niet. Een toevoeging hieraan is om niet alleen te focussen op de tevredenheid van patiënten over het consult, maar ook over de tevredenheid van artsen, aangezien videoconsulten voor hen ook ongebruikelijker zullen zijn dan reguliere consulten.

Patiëntparticipatie is in het huidige onderzoek gemeten door middel van drie hoofdcategorieën, die op basis van bevindingen uit de literatuur en de eigen analyses zijn uitgebreid. Vervolgonderzoek kan toetsen of de subcategorieën die zijn toegevoegd, daadwerkelijk voorkomen in andere consulten. Daarnaast kan overwogen worden of de gebruikte methode om patiëntparticipatie te meten nog uitgebreid moeten worden door bijvoorbeeld niet alleen de verbale participatie te coderen, maar ook de non-verbale communicatie van de patiënt mee te nemen.

Een verdere overweging betreft het toepassen van een andere methode dan de gebruikte methode in het huidige onderzoek. Zo zou patiëntparticipatie ook in kaart gebracht kunnen worden door middel van conversatie-analyse, zoals o.a. in het onderzoek van Pappas en Seale (2009) is gedaan. Conversatie-analyse is namelijk een goede methode om menselijke sociale interactie te bestuderen, onder andere op het gebied van communicatie (Stivers & Sidnell, 2013) en daarbij specifiek ook bij arts-patiënt-interactie (Markee, 2013).

Een stap verder is door in vervolgonderzoek niet alleen te focussen op uitingen (en eventuele non-verbale communicatie) van de patiënt, maar ook rekening te houden met de invloed van de communicatie van de arts. In onderzoek naar patiëntparticipatie tijdens reguliere consulten wordt de faciliterende communicatie van de arts vaak al meegenomen, aangezien dit een invloed blijkt te hebben op de manier waarop de patiënt communiceert en participeert (Street Jr & Gordon, 2008; Zandbelt et al., 2007). Wanneer de arts bijvoorbeeld veel achter de computer bezig is, zorgt dat ervoor dat patiënten in reguliere consulten minder participeren (Street Jr et al., 2018). Tijdens videoconsulten valt dit wellicht minder op.

Ten slotte werd in het huidige onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen verschillende fases die een consult bevat (Ten Have, 2001). De participatie is tijdens het gehele gesprek gemeten en als één geheel beschreven in de resultaten. Vervolgonderzoek kan de verschillende fases tijdens een consult aanhouden om te onderzoeken of patiëntparticipatie tijdens die fases verschilt tussen reguliere consulten en videoconsulten. In het onderzoek van Butow et al. (2002) is bijvoorbeeld naast de vragen die de patiënt stelde, ook de fase van het gesprek te genoteerd waarin de vraag gesteld werd. Dit omdat eerder onderzoek uitwijst dat de inhoud die tijdens het consult besproken wordt, gelinkt is aan onder andere de communicatie van de patiënt (Burchard & Rowland-Morin, 1990; Cegala, 1997). Vervolgonderzoek kan patiëntparticipatie in kaart brengen in de verschillende fases van een consult, waarbij een vergelijking van participatie tussen reguliere consulten en videoconsulten meer informatie kan geven of er wat dat betreft een verschil zichtbaar is tussen de twee soorten consulten, aangezien de communicatie kan verschillen in videoconsulten doordat de communicatie via een medium plaatsvindt. Uit eerder onderzoek bleek namelijk dat patiënten die vragen stellen, dat vaak aan het einde van het consult doen (Robinson, 2003). Dit betreft reguliere consulten, het is interessant om na te gaan of dit bijvoorbeeld ook het geval is in videoconsulten.

Maatschappelijke implicaties

De resultaten van het huidige onderzoek kunnen niet gegeneraliseerd worden naar een grotere populatie. Toch geven de resultaten de indruk dat de participatie van patiënten in videoconsulten niet erg verschilt qua *hoeveelheid* in vergelijking met reguliere consulten. Er lijkt echter wel een verschil zichtbaar te zijn in de *soorten* uitingen die patiënten hebben tijdens het consult, en of de uitingen vaker arts- of patiënt-geïnitieerd zijn. Dit zou betekenen dat het medium niet van invloed is op de hoeveelheid participatie van patiënten, maar wel in de manier waarop patiënten participeren. Meer onderzoek zal moeten uitwijzen of dat daadwerkelijk zo is.

Wanneer blijkt dat de participatie van patiënten niet verminderd wordt in videoconsulten, kan er binnen de gezondheidszorg voor worden gekozen om naast reguliere consulten ook videoconsulten beschikbaar te stellen voor patiënten. Deze videoconsulten hoeven geen vervanging zijn van de reguliere consulten, maar kunnen als aanvulling dienen indien patiënten daar gebruik van wensen te maken. Voor artsen is het raadzaam om op de hoogte te zijn van de werking van de software voor videoconsulten, en van eventuele uitkomsten die wijzen op een andere manier van communiceren, indien dat bekend wordt.

Wanneer patiënten consulten voeren via videoverbinding en zij kunnen evenveel (of meer) participeren als in reguliere consulten, dan levert het voeren van het consult via videoverbinding nog extra voordelen voor hen op. Doordat zij niet meer naar de locatie van de arts te hoeven reizen, bespaart dat tijd en mogelijk geld. Ook kunnen zij gemakkelijker anderen bij het consult betrekken en kunnen zij zelf een omgeving kiezen waarin zij het gesprek voeren.

Literatuurreferenties

- Agha, Z., Schapira, R.M., Laud, P.W., McNutt, G., & Roter, D.L. (2009). Patient Satisfaction with Physician–Patient Communication During Telemedicine. *Telemedicine and e-health, 15*, 830-839. Doi: 10.1089/tmj.2009.0030
- Alpert, J.M., Dyer, K.E., Lafata, J.E. (2017). Patient-centered communication in digital medical encounters. *Patient Education and Counseling, 100*, 1852-1858. Doi:10.1016/j.pec.2017.04.019
- Arminen, I., Licoppe, C., & Spagnolli, A. (2016). Respecifying mediated interaction. *Research on Language and Social Interaction, 49*, 290-309. Doi: 10.1080/08351813.2016.1234614
- Atherton, H., Brant, H., Ziebland, S., Bikker, A., Campbell, J., Gibson, A., McKinstry, B., Porqueddu, T., & Salisbury, C. (2018). Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. *British Journal of General Practice, online first*. Doi: 10.3399/bjgp18X694853
- Atherton, H., Pappas, Y., Heneghan, C., & Murray, E. (2013). Experiences of using email for general practice consultations: a qualitative study. *British Journal of General Practice, 63*, 760-767. Doi: 10.3399/bjgp13X674440
- Bouma, G., de Hosson, L.D., van Essen, H., de Vries, E.G.E., de Groot, D.J.A., & Walenkamp, A.M.E. (in press). Use of video-consultation is feasible during follow-up care of patients with a neuroendocrine tumor. *Clinical Oncology*. Doi: 10.1016/j.clon.2018.02.027.
- Brant, H., Atherton, H., Ziebland, S., McKinstry, B., Campbell, J., & Salisbury, C. (2016). Using alternatives to face-to-face consultations: a survey of prevalence and attitudes in general practice. *British Journal of General Practice, 66*, 460-466. Doi: 10.3399/bjgp16X685597
- Burchard, K. W., & Rowland-Morin, P. A. (1990). A new method of assessing the interpersonal skills of surgeons. *Academic Medicine, 65*, 274–276. Doi: 10.1097/00001888-199004000-00012
- Butow, P.N., Brown, R.F., Cogar, S., Tattersall, M.H., & Dunn, S.M. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology, 11*, 47-58. Doi: 10.1002/pon.556

- Callard, F., & Rose, D. (2010). *Mental health service user empowerment in research*. Paper presented at the WHO Regional Office for Europe /EUFAMI 'Empowerment in mental health – Working towards leadership' conference, Leuven, BE.
- Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation, and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99, 1923-1939.
- Cegala, D.J. (1997). A study of doctors' and patients' patterns of information exchange and relational communication during a primary care consultation: Implications for communication skills training. *Journal of Health Communication*, 2, 169–194. Doi: 10.1080/108107397127743
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999) Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decisionmaking model. *Social Science & Medicine*, 49, 651-661.
- Forbat, L., Cayless, S., Knighting, K., Cornwell, J., & Kearney, N. (2009). Engaging patients in health care: An empirical study of the role of engagement on attitudes and action. *Patient Education and Counseling*, 74, 84-90. Doi: 10.1016/j.pec.2008.07.055.
- Fudge, N., Wolfe, C.D.A., & McKeivitt, C. (2008). Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *British Medical Journal*, 336, 313-317. Doi: 10.1136/bmj.39456.552257.BE
- Gafaranga, J., & Britten, N. (2003). "Fire away": the opening sequence in general practice consultations. *Family practice*, 20, 242-247. Doi: 10.1093/fampra/cm303
- Gordon, H.S., Street Jr, R.L., Sharf, B.F., & Soucek, J. (2006). Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer*, 107, 1313-1320. Doi: 10.1002/cncr.22122
- Heath, C., & Luff, P. (1991). Disembodied conduct: communication through video in a multimedia office environment. *In Proceedings of the ACM Conference on Human Factors in Computing Systems, CHI '91*, 99-103. New Orleans, Louisiana.
- Hubbard, G., Kidd, L., Donaghy, E., McDonald, C., & Kearney, N. (2007). A review of literature about involving people affected by cancer in research, policy and planning and practice. *Patient education and Counseling*, 65, 21-33. Doi: 10.1016/j.pec.2006.02.009.
- Jans-Beken, M. (2012). *Mondigheid van allochtone en autochtone ouders op het consultatiebureau*. Radboud Universiteit Nijmegen.

- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware Jr., J. E. (1989). Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27, 110–127. Supplement.
- Liu, X., Sawada, Y., Takizawa, T., Sato, H., Sato, M., Sakamoto, H., ..., & Sakamaki, T. (2007). Doctor-Patient Communication: A Comparison between Telemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation. *Internal Medicine*, 46, 227-232. Doi: 10.2169/internalmedicine.46.1813
- Markee, N. (2013). Book reviews. *Journal of Sociolinguistics*, 17, 118-122. Doi: 10.1111/josl.12010.
- Millar, S. L., Chambers, M., & Giles, M. (2015). Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations*, 19, 209-221. Doi: 10.1111/hex.12353.
- Pappas, Y., & Seale, C. (2009). The opening phase of telemedicine consultations: An analysis of interaction. *Social Science and Medicine*, 68, 1229-1237. Doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.011
- Pearl, R. (2014). Kaiser Permanente Northern California: current experiences with internet, mobile, and video technologies. *Health Affairs*, 33, 251–257. Doi: 10.1377/hlthaff.2013.1005
- Roberts, K. (2002). Exploring participation: Older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 413-420. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02389.x
- Sarangi, S., & Wynn, R. (2016). Editorial: Telemedicine/e-health as mediated communication. *Communication & Medicine*, 12, 107-116. Doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026
- Robinson, J.D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients’ participation. *Health Communication*, 15, 27-57. Doi: 10.1207/S15327027HC1501_2
- Schiavo, R. (2011). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stivers, T., & Sidnell, J. (2013). “Introduction”. *The Handbook of Conversation Analysis*. Blackwell Publishing. Blackwell Reference online. Doi: 10.1111/b.9781444332087.2013.00001.x
- Street Jr, R. L. (2001). Active patients as powerful communicators: The communicative foundation of participation in care. In W. P. Robinson & H. Giles (Eds.), *The new handbook of language and social psychology*, 541–560. Chichester, England: Wiley

- Street Jr, R.L., & Gordon, H.S. (2008). Companion participation in cancer consultations. *Psychooncology*, *17*, 244-251. Doi: 10.1002/pon.1225
- Street Jr, R.L., Gordon, H.S., Ward, M.M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: Why Some Patients are More Involved Than Others. *Medical Care*, *43*, 960-969. Doi: 10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70
- Street Jr, R.L., Liu, L., Farber, N.J., Chen, Y., Calvitti, A., Weibel, N., ..., & Agha, Z. (2018). Keystrokes, Mouse Clicks, and Gazing at the Computer: How Physician Interaction with the EHR Affects Patient Participation. *Journal of General Internal Medicine*, *33*, 423-428. Doi: 10.1007/s11606-017-4228-2
- Street Jr, R.L., & Millay, B. (2001). Analyzing Patient Participation in Medical Encounters. *Health Communication*, *13*, 61-73. Doi: 10.1207/S15327027HC1301_06
- Street, R.L., Voigt, B., Geyer, C., Manning, T., & Swanson, G.P. (1995) Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer*, *76*, 2275-2285. Doi: 10.1002/1097-0142(19951201)76:11<2275::AID-CNCR2820761115>3.0.CO;2-S
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental care: one size does not fit all. *Health Expectations*, *17*, 138-150. Doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x.
- Tempfer, C.B., & Nowak, P. (2011). Consumer participation and organizational development in health care: a systematic review. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *123*, 408-414. Doi: 10.1007/s00508-011-0008-x.
- Ten Have, P. (2002). Sequential structures and categorical implications in doctor–patient interaction: ethnomethodology and history. University of Amsterdam.
- Wolff, J.L., Darer, J.D., Berger, A., Clarke, D., Green, J.A., Stametz, R.A., ..., &, Walker, J. (2017). Inviting patients and care partners to read doctors’ notes: OpenNotes and shared access to electronic medical records. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *24*, 166-172. Doi: 10.1093/jamia/ocw108
- Ward, M.M., Sundaramurthy, S., Lotstein, D., Bush, T.M., Neuwelt, C.M., & Street Jr, R.L. (2003). Participatory patient-physician communication and morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, *49*, 810-818. Doi: 10.1002/art.11467
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., Godfried, M.H., & de Haes, H.C. (2007). Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians’ patient-centred communication matter? *Patient Education and Counseling*, *65*, 396-406. Doi: 10.1016/j.pec.2006.09.011

Bijlagen

Bijlage 1: Fragmenten uit consulten als voorbeeld bij subcategorieën operationalisatie

Bijlage 2: Patiënteninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Brief: Onderzoek naar videocommunicatie met uw arts.

Bijlage 3: Eerste deel vragenlijst voor patiënten voorafgaand aan gesprek met arts

Bijlage 4: Tweede deel vragenlijst na het consult met arts

Bijlage 5: Verwarringstabel

Bijlage 6: Voorbeelden uit transcripten met coderingen van eerste en tweede codeur

Bijlage 1. Fragmenten uit consulten als voorbeeld bij subcategorieën operationalisatie

Categorieën uit de operationalisatie:

- 1) Het stellen van vragen
 - a. Directe vragen
 - i. Arts-geïnitieerd
 - ii. Patiënt-geïnitieerd
 - b. Indirecte cues
 - i. Arts-geïnitieerd
 - ii. Patiënt-geïnitieerd
- 2) Uitdrukken van zorgen
 - a. Ongerustheid, zorgen, angst
 - b. Frustraties, boosheid, negatieve emoties
- 3) Assertieve uitingen
 - a. Interesses, meningen, overtuigingen, wensen
 - b. Introduceren van nieuw onderwerp
 - i. Expliciet
 - ii. Impliciet

Voorbeelden per subcategorie:

1a-I

Fragment 1: Een directe vraag, arts-geïnitieerd (inclusienummer 4 – videoconsult)

| | | |
|-----|----|--|
| 298 | A: | •h HAD U MISSCHIEN <u>VRAGEN</u> VOOR MIJ? |
| 299 | | (2.5) |
| 300 | B: | e:h |
| 301 | | (1.5) |
| 302 | | <u>naast</u> mijn eh <u>rechter</u> long? |
| 303 | | (1.1) |
| 304 | | heb ik eh <u>twee</u> (.) rode <u>litte</u> ken; |
| 305 | | (1.7) |
| 306 | A: | ja: , = |
| 307 | B: | =e:h (0.6) bent u daar naar <u>binnen</u> gegaan om te kijke', |
| 308 | | (0.9) |
| 309 | | hoe dat <u>eruit</u> ziet met een (.) e:h met een kijkoperatie? |
| 310 | | (0.4) |

Fragment 2: Een directe vraag, arts-geïnitieerd (inclusienummer 29 – regulier consult)

| | | |
|----|-----|---|
| 21 | A: | eh dus met het oog op of er risico is en hoe groot dat risico is dat |
| 23 | P1: | hmhm |
| 24 | A: | ja |
| 25 | P2: | iets kleiner, wil zeggen dat er nog een risico is |
| 26 | A: | ja, dat risico is er nog steeds wel, hè |
| 27 | P2: | hmhm |

1a-II

Fragment 3: Een directe vraag, patiënt-geïnitieerd (inclusienummer 9 – regulier consult)

475 P: goed
476 Eeeeh
477 Ik heb nog een vraag,
478 C: ja
479 P: want ik heb allemaal van die tromboosespuitjes meegekregen,
480 C: ja
481 P: **hoe lang moet ik daar nog mee doorgaan?**
482 A: vier eh, tot vier weken na de operatie
483 P: tot vier weken na--
484 A: ja als het goed is heeft u voor ongeveer drie weken meegekregen

1b-I

Fragment 4: Een indirecte vraag, arts-geïnitieerd (inclusienummer 23 – regulier consult)

45 A: u ja en zijn er nog andere dingen die u merkt?
46 P: nou ik merk alleen gister iets verhoging maar dat ja dat heb ik
47 uh^o dat is niet z'n groot gevaar geloof ik^o
48 A: had u het opgemeten?
49 P: ja ACHTendertig was het **ik weet niet of dat te hoog is >ik heb er**
50 **geen verstand van<;**
51 A: nee;
52 P: maar mijn man zei MEte' (.) nou [oke]

Fragment 5: Een indirecte vraag, arts-geïnitieerd (inclusienummer 24 – regulier consult)

253 A: [{lachend}: ja ja ja ja]
254 Ja
255 Eeuhm
256 Had u nog andere dingen die u had willen bespreken?
257 P: Uh ja, {stottert}
258 Er is nog gekeken naar de kop van de eeeeh,
259 A: [Ja]
260 P: [van] de alvleesklier omdat daar bij één van de, of de mri of de eh,
261 of de petscan, dat daar mogelijk een afwijking te zien was,
262 **[dus daar] hebben ze nog speciaal naar gekeken**
263 A: [ja]
264 Ja kon ik tijdens de operatie, eigenlijk niet betrouwbaar een
265 uitspraak over doen
266 Dus wat we eigenlijk voorstellen, dat zouden we sowieso doen, is dat
267 we na verloop van tijd nog een keer een nieuwe scan maken om te zien,
268 of, en hoe zich dat ontwikkelt zegmaar
269 P: Ja

1b-II

Fragment 6: Een indirecte vraag, patiënt-geïnitieerd (inclusienummer 7, regulier consult)

118 P1: begrijp 'k nou goed gingen hier nou de twee tangen in
119 en hier de camera?
120 A: ja hier ging de camera hier twee tangetjes
121 en hier ook een tangetje
122 P1: hier hing-ie eruit toch de camera?
123 hing er hier uit
124 weet nie' hoe groot dat die is
125 ((A maakt een gebaar met zijn handen))
126 P1: toch wel groot
127 P2: hmm toch wel

2a

Fragment 7: Een uitdrukking van zorgen (inclusienummer 10 – regulier consult)

227 P2: ja en ik had gehoopt dat dat ook ook de eetlust weer een beetje zou
228 want ik dacht als je die morfinedingen weglaat
229 dan neemt je eetlust misschien een beetje toe
230 laat nog te wensen over
231 P1: ja dat dat maakt mij toch eh zorgen dat ik zo weinig eetlust heb
232 en ik woon dan weliswaar alleen, (naam dochter) helpt me
233 veel burens zijn vriendelijk, brengen af en toe een maaltijd
234 maar eh de eetlustprikkel die is zeer matig
235 en eet je dus daardoor weinig

Fragment 8: Een uitdrukking van zorgen (inclusienummer 27 – videoconsult)

49 P: uh ik zeg tegen mijn man dan ga ik me gelijk even wegen dus ik heb in
50 m'n nAkie op de wEEgschaal gestaan;
51 (0.6)
52 en toen woog ik nog tweeënVIJFtig en daar schrok ik eigenlijk een
53 beetje van;
54 (0.8)
55 A: ja want u kwam van zevenen- jA (.) kijk
56 (0.4)
57 uhm

2b

Fragment 9: Een uitdrukking van frustratie (inclusienummer 11 – videoconsult)

331 P: ik heb nog op schRIft u::h (.) een uh een ontslag brief
332 gehad met instRUcties:;=
333 A: [ja]
334 P: [bin]nen een week na uh en ik belde echt binnen een week
335 [uh van]
336 3: [nou::]
337 P: de opeRAtie nog EN dan is het=
338 3: =was maandag;=
339 P: **dan is het uh een beetje frustRErend als ik dan zo**
340 **Afgescheept wordt;**
341 want dan [krijg je]
342 A: [JA:]

Fragment 10: Een uitdrukking van negatieve emoties (inclusienummer 34 – videoconsult)

134 P: nee ik vind het geen pijn;
135 (0.2)
136 A: nee;
137 P: het is niet 'n niet een rEden om een extra pijnstillers te nemen ofzo
138 't is **'t is VERVELEND het is irritant.**
139 (0.3)
140 A: jaja

3a

Fragment 11: Twee assertieve uitingen (1 mening, 1 wens) (inclusienummer 4 – videoconsult)

224 A: >KUNT U NOG EEN KEER ZEGGEN<?
225 (2.2)
226 B: **e:h ik vind dat ik te weinig kan doen;**
227 (0.4)
228 A: ja:;
229 (0.6)
230 ha
231 (0.8)
232 B: hehe hehehe
233 A: ja
234 B: **eh ik zou (veel) meer willen doen,**
235 A: JA:;
236 NOU--

3b-I

Fragment 12: Expliciet introduceren nieuw onderwerp (inclusienummer 6 – videoconsult)

196 B: `ké.
197 (1.6)
198 **dan ha' `k ei'k nog een paar vraagjes hè?**
199 A: JA;=

Fragment 13: Expliciet introduceren nieuw onderwerp (inclusienummer 10 – regulier consult)

480 P1: en dan hopen
481 A: ja
482 P1: dat dat goed gaat
483 **En wat een eh, ook een bijkomende vraag is**
484 Ik krijg natuurlijk heel veel mails
485 En op MijnRadboud, en iedere keer een bericht over uitslagen
486 En ik geloof dat ik d'r wel een lijst van honderd heb
487 Maar 'et is voor een leek, is het niet te lezen
488 A: nee

3b-II

Fragment 14: Impliciet introduceren nieuw onderwerp (inclusienummer 11 – videoconsult)

241 P: °jaja° (1.0) **en uh (.) met het <Oog op de KOMende FEESTdagen>**
242 u:h kan ik u::h <Lichtelijk> u::h >Alcohol gaan
243 gebruiken voorzichtig< of uh;
244 (0.5)
245 A: ja: u mag best een glaasje wIJn drinken;=
246 MAAR <ik denk> wel dat u er (0.5) SNEller LAST van heeft
247 (.) dan dat u geWEND van uzelf;

Fragment 15: Impliciet introduceren nieuw onderwerp (inclusienummer 24 – regulier consult)

150 A: Ja, ja
151 Eeh had ik u ooit beelden van de operatie laten zien?
152 P: Nee
153 A: Zou u dat willen zien, of vindt u dat [akelig](?)
154 P: [Ja als t eh], als t niet al te
155 spekt--
156 ja ik wil t wel even kijken of ik daar tegen kan
157 A: Ja? Oké nou
158 P: **I- ik merk wel dat de buik behoorlijk opgeblazen is,**
159 A: Ja
160 P: Want ik ben volgens mij 4 kilo kwijtgeraakt en, en, en die buik die
161 heeft een beetje zwangerschaps eh,
162 A: Jajaja (lacht)
163 Ja, op die manier

Bijlage 2: Patiënteninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Brief: Onderzoek naar videocommunicatie met uw arts.

Patiënteninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek naar videocommunicatie met uw arts

Officiële titel:

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek

Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. Wij benaderen u omdat u kort na ontslag uit het ziekenhuis een gesprek zult hebben met uw arts over de uitslag van onderzoek van het weefsel dat recent bij u is verwijderd.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt ook de onafhankelijk deskundige, die aan het eind van deze brief genoemd wordt, om aanvullende informatie te vragen. En u kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie.

Verdere informatie over meedoen aan zo'n onderzoek staat in de bijgevoegde brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

1. Algemene informatie

| Situatie | Voorbeeldpassage |
|--|--|
| Onderzoeker geïnitieerd - monocenter | Dit onderzoek wordt gedaan door het Radboudumc en de Radboud Universiteit |

Voor dit onderzoek zijn 50 deelnemers nodig. De medisch ethische toetsingscommissie Arnhem-Nijmegen heeft dit onderzoek goedgekeurd. Algemene informatie over de toetsing van onderzoek vindt u in de brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

2. Doel van het onderzoek

In dit onderzoek worden twee verschillende manieren van het voeren van een consult van patiënt en dokter met elkaar vergeleken. Traditioneel vindt een consult plaats op de polikliniek in het ziekenhuis, maar dergelijke consulten kunnen ook via een video verbinding (video-gemedieerd) gevoerd worden.

3. Achtergrond van het onderzoek

Nieuwe media worden steeds vaker gebruikt voor de communicatie, ook in het ziekenhuis. De vraag is of en hoe het gebruik van een medium voor medische communicatie van invloed is op het verloop van het gesprek. Dit willen we onderzoeken door zowel traditionele als video-gemedieerde consulten op te nemen op video en in detail na te gaan hoe de gesprekken georganiseerd zijn, hoe de patiënt en de arts zich in het gesprek tot elkaar verhouden en op welke manier beide ervoor zorgen dat ze elkaar goed begrijpen. Dit is beschrijvend onderzoek: we zijn op zoek naar de verschillen. Pas in tweede instantie zullen we wellicht adviezen geven over het gebruik van video-consulten.

4. Wat meedoen inhoudt

Als u meedoet, vind het onderzoek alleen maar plaats op de dag van het postoperatieve consult. Het consult (ongeacht of het een traditioneel of video-gemedieerd consult is) nemen we op video op. Bovendien dient u zowel vóór het consult als na afloop van het consult een vragenlijst in te vullen (maximaal 15 minuten per vragenlijst).

5. Wat wordt er van u verwacht

Behoudens het onder punt 4 genoemde wordt er niets van u verwacht.

6. Mogelijke nadelige effecten

Er zijn van deelname geen nadelige effecten.

7. Mogelijke voor- en nadelen

Het is belangrijk dat u de mogelijke voor- en nadelen goed afweegt voordat u besluit mee te doen.

U heeft zelf geen voordeel van meedoen aan dit onderzoek. Uw deelname kan wel bijdragen aan meer kennis over hoe het gebruik van een medium voor medische communicatie van invloed is op het verloop van het gesprek.

Deelname aan het onderzoek betekent dat u extra tijd kwijt bent voor het invullen van de vragenlijsten.

8. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig.

Als u niet wilt meedoen, wordt u op de gebruikelijke manier behandeld.

Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek. Als u wilt, kan het verzamelde video materiaal dan direct worden vernietigd.

9. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt na inlevering van de vragenlijsten of als het Radboudumc, de overheid of de beoordelende medisch ethische toetsingscommissie, besluit om het onderzoek te stoppen.

Het hele onderzoek is afgelopen als alle deelnemers klaar zijn.

10. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek is het nodig dat we video-opnamen maken van traditionele en video-consulten. Deze video-opnamen worden volledig uitgeschreven (transcriptie). De transcripten zullen volledig geanonimiseerd worden, dat wil zeggen dat uw naam en andere mogelijk tot u leidende informatie zal worden verwijderd. We gebruiken een codenummer voor ieder consult.

Uw gegevens

Al uw gegevens blijven vertrouwelijk. Alleen de onderzoekers weten welke code u heeft. Ook in rapporten over het onderzoek wordt alleen die code gebruikt.

Sommige mensen mogen uw medische en persoonsgegevens inzien. Dit is om te controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar uitgevoerd is. Algemene informatie hierover vindt u in de brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

Mensen die uw gegevens kunnen inzien zijn het onderzoeksteam, een controleur die voor het Radboudumc werkt en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij houden uw gegevens geheim. Als u de toestemmingsverklaring ondertekent, geeft u toestemming voor het verzamelen, bewaren en inzien van uw medische en persoonsgegevens.

De onderzoeker bewaart uw gegevens 15 jaar.

Later gebruik videomateriaal

Wij willen uw videomateriaal graag in een kluis van het onderzoekscentrum van de Radboud Universiteit bewaren. Misschien kunnen we daar later extra onderzoek mee doen. Het gaat dan om onderzoek dat ook gaat over arts-patiënt communicatie. Eventueel kunnen korte fragmenten uit de video-opnamen, waarbij gezichten onherkenbaar gemaakt zijn, gebruikt worden voor onderzoekspresentaties en onderwijs.

Op het toestemmingsformulier kunt u aangeven of u hiermee akkoord gaat. U kunt deze toestemming altijd weer intrekken.

Dit onderzoek staat ook in een overzicht van medisch-wetenschappelijke onderzoeken, namelijk “www.clinicaltrials.gov”. Deze website bevat geen informatie die herleidbaar is tot u als persoon. Wel kan de website een samenvatting van de resultaten tonen. Algemene informatie over de registratie van onderzoeken vindt u in de brochure ‘Medisch-wetenschappelijk onderzoek’

11. Verzekering voor deelnemers

Als u deelneemt aan het onderzoek, loopt u geen extra risico's. De onderzoeker hoeft daarom van de medisch ethische toetsingscommissie geen extra verzekering af te sluiten.

12. Geen vergoeding voor meedoen

U wordt niet betaald voor het meedoen aan dit onderzoek.

13. Heeft u vragen?

Bij vragen kunt u contact opnemen met het onderzoeksteam. Voor onafhankelijk advies over meedoen aan dit onderzoek kunt u terecht bij de onafhankelijke deskundige. Hij weet veel over het onderzoek, maar heeft niets te maken met dit onderzoek.

Bij klachten kunt u het beste terecht bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Alle gegevens vindt u in **bijlage A**: Contactgegevens.

14. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek.

Het handtekeningblad wordt door uw behandelend arts bewaard. U krijgt een kopie of een tweede exemplaar van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

15. Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Schema onderzoekshandelingen
- C. Brochure ‘Medisch-wetenschappelijk onderzoek. Algemene informatie voor de proefpersoon’ (versie [nummer en/of datum])
- D. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens

Onderzoeker:
Dr. M.W.J. Stommel
Radboud universitair medisch centrum
Afdeling Chirurgie
Huispost 690, route 690
P.O. Box 9101
6500 HB Nijmegen, The Netherlands
Telephone: +31243668086

Bijlage B: Onderzoekshandelingen

| | |
|---------------------------------------|---|
| Postoperatief op afdeling Heelkunde | Informatie over onderzoek door arts/ondertzoeker |
| Postoperatief | <ul style="list-style-type: none">- Na bedenktijd afgeven informed consent, tekenen formulier- Invullen deel 1 vragenlijst |
| 1 ^e postoperatieve consult | Videoregistratie consult en aansluitend invullen vragenlijst deel 2. |

Bijlage C: Brochure ‘Medisch-wetenschappelijk onderzoek. Algemene informatie voor de proefpersoon’

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2014/09/01/medisch-wetenschappelijk-onderzoek-algemene-informatie-voor-de-proefpersoon>

Bijlage D: toestemmingsformulier deelnemer

Onderzoek naar videocommunicatie met uw arts

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens en maken van een video-opname van mijn consult op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief staan.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens op de onderzoekslocatie nog 15 jaar na dit onderzoek te bewaren.

- Ik geef **wel**
 geen toestemming om het videomateriaal van mijn consult nog 15 jaar na dit onderzoek te bewaren. Mogelijk kan dit later nog voor ander onderzoek of onderwijsdoeleinden worden gebruikt, zoals in de informatiebrief staat.
- Ik geef **wel**
 geen toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

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

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

 <indien van toepassing>

Aanvullende informatie is gegeven door:

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

De proefpersoon krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 3: Eerste deel vragenlijst voor patiënten voorafgaand aan gesprek met arts

Enquête Facetalk-onderzoek

Deel 1

Achtergrondinformatie

Inclusienummer:
Woonplaats:
Geboorteplaats:
Leeftijd: jaar
Geslacht: man vrouw
Opleidingsniveau: vmbo havo vwo mbo hbo universiteit
Moedertaal: Nederlands Anders, namelijk

Gebruik van en mening over nieuwe media

Videogesprekken

Met videogesprekken bedoelen we gesprekken via een videoverbinding op tablet, laptop, computer of telefoon met een programma zoals Skype, Facetime of Facetalk. U ziet uw gesprekspartner dan op de video praten en bewegen.

1) Voert u wel eens een videogesprek? Ja Nee

2) Hoe vaak voert u een videogesprek?

Nooit > 2 per week 1x per week 1x per maand 1x per half jaar

3) Hoe staat u tegenover een medisch consult via video?

Zeer negatief negatief neutraal positief zeer positief

4) Heeft u zelf wel eens een videogesprek gevoerd **met een arts of een andere hulpverlener** (dus niet privé)?

- Nee, nog nooit
- Ja, 1 keer
- Ja, 1 tot 3 keer
- Ja, 4 keer of vaker

5) Wat vond u in het algemeen van het videoconsult of de videoconsulten die u heeft gevoerd?

Heel slecht Slecht Wisselend Goed Heel goed N.v.t.

6)

Chatten

Met 'chatten' bedoelen we vijf dingen:

- via mobiele chatprogramma's, bijv. WhatsApp, Telegram, Blackberry Messenger
- via online chatprogramma's, bijv. Google Talk, Skype text chat
- op sociale netwerksites, bijv. Facebook chat
- in online chatrooms

- in online spellen, bijv. World of Warcraft, of virtuele werelden, bijv. Second Life
- 7) Chat u? *Ja* *Nee*
Als u deze vraag met 'Nee' hebt beantwoord, ga dan door naar vraag 8.
- 8) Chat u weleens op uw mobiele telefoon? *Ja* *Nee*
Zo ja, hoeveel tijd besteed u gemiddeld per dag hieraan? ± *minuten*
- 9) Chat u weleens op de computer? *Ja* *Nee*
Zo ja, hoeveel tijd besteed u gemiddeld per dag hieraan? ± *minuten*
- 10) Voert u weleens meerdere chatgesprekken tegelijk?
Nooit *Zelden* *Soms* *Vaak* *Meestal*

Sociale netwerksites

- 11) Gebruikt u een sociale netwerksite, zoals Facebook, Instagram, Twitter of Myspace?
Ja *Nee*
Zo ja, hoeveel tijd besteed u gemiddeld per dag aan sociale netwerksites? ± *minuten*
- 12) Hoeveel posts **plaatst** u gemiddeld per dag op een sociale netwerksite?
Geen *1 of 2* *3-5* *6-9* *Meer dan 10*
- 13) Hoeveel posts **leest** u gemiddeld per dag op een sociale netwerksite?
Geen *1 of 2* *3-5* *6-9* *Meer dan 10*

Ervaring met nieuwe media

- 14) Hoe oud was u toen u uw eerste mobiele telefoon kreeg of kocht?
± *jaar oud* *Ik heb nooit een mobieltje gehad*
- 15) Hoe oud was u toen u voor het eerst een videogesprek voerde?
± *jaar oud* *Ik heb nooit een videogesprek gevoerd*
- 16) Hoe oud was u toen u voor het eerst ging chatten op uw computer of telefoon? (Onder chat valt ook WhatsApp en MSN/Windows Live Messenger.)
± *jaar oud* *Ik heb nooit gechat of gewhatsappt*
- 17) Hoe oud was u toen u voor het eerst een account aanmaakte op een sociale netwerksite? (Vergeet hierbij niet Hyves.)
± *jaar oud* *Ik heb nooit een account gehad op een sociale netwerksite*

Grootte van sociale netwerk via nieuwe media

- 18) Met hoeveel vrienden of familieleden voert u regelmatig een videogesprek?
± *vrienden* *Ik voer geen videogesprekken*
- 19) Met hoeveel vrienden of familieleden chat/whatsappt u regelmatig?
± *vrienden* *Ik chat en whatsapp niet*

20) Hoeveel vrienden heeft u op uw sociale netwerksite (bijv. Facebook, Google+, Myspace)?

(Als u een profiel heeft op meerdere sociale netwerksites, vul dan het getal in voor de site die u het meeste gebruikt.)

± vrienden *Ik zit niet op sociale netwerksites*

Afhankelijkheid van mobiele telefoon

21) Heeft u een mobiele telefoon? *Ja* *Nee*

Als u deze vraag met 'Nee' hebt beantwoord, dan bent u klaar met deze enquête.

22) Hoe vaak neemt u uw mobieltje met u mee?

Nooit *Zelden* *Soms* *Vaak* *Altijd*

23) Hoe belangrijk is het voor u om uw mobieltje opgeladen te houden?

Totaal onbelangrijk *Onbelangrijk* *Beetje belangrijk* *Belangrijk* *Heel belangrijk*

24) Hieronder staan een aantal oordelen over het videoconsult dat u zojuist heeft gevoerd.

Wilt u het vakje aanvinken dat uw gevoel over dit gesprek het beste weergeeft?

Bijlage 4: Tweede deel vragenlijst na het consult met arts

Deel 2

Het videogesprek verliep:

| | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Soepel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Niet soepel |
| Onprettig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Prettig |
| Positief | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Negatief |
| Onfatsoenlijk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fatsoenlijk |
| Niet afstandelijk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Afstandelijk |

25) Hieronder staan een aantal uitspraken over het videoconsult dat u zojuist heeft gevoerd. Wilt u aankruisen in hoeverre u het met deze uitspraken eens bent?

De arts heeft begrip voor u

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

U heeft duidelijk antwoord gekregen op uw vragen

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

U heeft voldoende informatie gekregen

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

U voelde zich serieus genomen

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

De arts had voldoende kennis om u te helpen

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

De arts had respect voor u

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

Onderstaande vragen hoeft u alleen te beantwoorden indien u een facetalk consult heeft gehad

Hoe heeft u deelgenomen aan het videoconsult?

- via een mobiele telefoon
- via een tablet
- via een laptop/computer

Waar heeft u deelgenomen aan het videoconsult?

- vanuit huis
- op het werk
- buiten
- anders:

Tijdens het consult werd u afgeleid door omgevingsfactoren

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

Tijdens het consult werd u afgeleid door technische factoren (bijv. wegvallen geluid, storing beeld)

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

Uw privacy was gewaarborgd tijdens het gesprek

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

U voelde zich eigenaar van de besluiten die genomen zijn tijdens het gesprek

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Helemaal niet mee eens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal mee eens |

Waren er anderen dan u en de arts aanwezig bij het consult? ja / nee

Zo ja, wie?

In het geval van aanwezigheid van naasten/mantelzorgers bij het gesprek konden zij actief deelnemen aan het consult

| | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>6</i> | <i>7</i> | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|
| <i>Helemaal niet mee eens</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>Helemaal mee eens</i> |

Dit is het einde van de enquête.

Als u nog vragen of opmerkingen heeft kunt u die hieronder kwijt:

Bedankt voor het invullen van deze enquête!

Bijlage 5. Verwarringstabel met coderingen van eerste en tweede codeur

Tabel 15. Verwarringstabel met de overeenstemming en verschillen van de eerste en tweede codeur voor zes transcripten voor de intercodeursbetrouwbaarheid

| | 1) | 1a | 1a -I | 1a -II | 1a -O | 1b | 1b -I | 1b -II | 1b -O | 2) | 2a | 2b | 2- O | 3) | 3a | 3b | 3b -I | 3b -II | 3- O | Niks |
|-------|----|----|----------|-----------|----------|----|----------|-----------|----------|----|----|----|---------|----|----|----|----------|-----------|---------|------|
| 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1a | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |
| 1a-I | | | 27 | 3 | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 3 |
| 1a-II | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 1a-O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1b | | | | | | 5 | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 1b-I | | | 1 | | | | 5 | 1 | | | | | | | | | | | | 2 |
| 1b-II | | | | | | | | 5 | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| 1b-O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2a | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | |
| 2b | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | |
| 2-O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | 1 | 1 |
| 3a | | | | | | | | | | | 4 | | | | 39 | | | | | 5 |
| 3b | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3b-I | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | 1 | | 1 |
| 3b-II | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | |
| 3-O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 125 |