



Radboud Universiteit Nijmegen

‘Als u de trap opsjouwt met de wasmand.’

Een membership categorisation analysis van patiënt-huisartsconsulten

‘When you are carrying the laundry up the stairs’

A membership categorisation analysis of patient-GP consultations

14-08-2019

masterscriptie

Thema: gegenderd taalgebruik in arts-patiëntconsulten

Mertin Lambers

Communicatie- en informatiewetenschappen

Communicatie en beïnvloeding

Radboud Universiteit, Nijmegen

Begeleidster: dr. W.J.P. Stommel

Tweede lezer: dr. H.W.M. Giesbers

Samenvatting

Dit onderzoek had als doel om inzicht te bieden in hoe artsen en patiënten elkaar of zichzelf categoriseren als man of vrouw (gendercategorisatie) en wat de consequenties hiervan zijn op het verloop van het consult. Gendercategorisatie heeft als effect dat het gender van de patiënt of arts relevant gemaakt wordt tijdens een consult. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat zowel sekse als gender van zowel de patiënt als de arts van invloed kunnen zijn op de zorg die een patiënt ontvangt. Wanneer het gender van de arts en/of patiënt relevant gemaakt wordt kan dit dus van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt. In totaal zijn 70 huisartsconsulten uit de regio Nijmegen kwantitatief en middels *membership categorisation analysis* (MCA) geanalyseerd op gendercategorisatie. Allereerst is onderzocht hoe vaak, wanneer en middels welke devices gendercategorisatie voorkwam. Hierop volgend is geanalyseerd wat de interactionele effecten zijn van deze categorisaties. Drie typen gendercategorisatie bleken het meest voorkomend in deze huisartsconsulten en zijn daarom geselecteerd voor de analyse middels MCA. De drie typen gendercategorisatie die geanalyseerd zijn, zijn de hypothetische situatie, de gegenderde verklaring en de gegenderde smalltalk. Ten eerste categoriseren artsen hun patiënt middels genderstereotypische activiteiten waarmee zij de klacht van de patiënt beogen te verklaren. Ten tweede maken vrouwelijke patiënten hun gender relevant voor hun klacht wanneer zij hun sekse koppelen aan hun klacht. Ten derde doen zowel de arts als patiënt gender wanneer zij tijdens het consult smalltalk starten met een aan hun gender gerelateerde activiteit als onderwerp. Het huidige onderzoek toont hiermee aan dat hoewel dit medisch gezien niet noodzakelijk is, zowel de arts als de patiënt op verschillende manieren gecategoriseerd worden op basis van hun gender wat invloed heeft op het verloop van de interactie tijdens het consult.

Inleiding

Mannen en vrouwen vertonen verschillend gedrag met betrekking tot het zoeken van medische hulp bij klachten. Zo blijkt uit Seymour-Smith, Wetherell and Phoenix (2002) dat vrouwen over het algemeen vaker bij de huisarts komen dan mannen en dat het bijvoorbeeld meestal de moeder is die met de kinderen meegaat (Seymour-Smith, Wetherell & Phoenix, 2002). Daarnaast concludeerden zij dat vrouwen vaker naar een arts gaan voor een periodieke controle dan mannen. Tevens blijkt dat vrouwen niet alleen een andere zorgbehoefte hebben dan mannen, maar dat vrouwelijke patiënten ook daadwerkelijk anders worden behandeld dan mannelijke patiënten. Dit is natuurlijk noodzakelijk bij een genderspecifieke klacht, maar ook bij patiënten met vergelijkbare symptomen bestaat er een verschil in de behandelingswijze gebaseerd op de sekse van de patiënt. Een in het oog springend voorbeeld hiervan vond plaats in het Londense Royal Free Hospital in 1955. In dat jaar vond er een plotselinge uitbraak van een onbekende ziekte uit onder het personeel van het ziekenhuis. Van de getroffen medewerkers was 90 procent vrouw. Toen er vijftien jaar later door twee medici (McEvedy & Beard, 1970) onderzoek werd gedaan naar de oorzaak van de ziekte werd geconcludeerd dat het een geval van massale hysterie was. Hierbij werd genegeerd dat er bewijs leek te zijn voor een bacteriële infectie. Voor de onderzoekers bleek het zwaarder te wegen dat de getroffen medewerkers nagenoeg allemaal vrouwen waren. Aangezien veel van de symptomen ook voorkwamen bij patiënten met angststoornissen werd op basis van vooroordelen over 'de zwakke vrouw' geconcludeerd dat de aandoening psychisch van aard was. Wat het contrast tussen de behandeling van mannen en vrouwen nog duidelijker aantoont is dat zij niet concludeerden dat de oorzaak psychisch van aard was toen dezelfde onderzoekers een gelijksoortige ziekte onder een groep mannelijke soldaten onderzochten. Goudsmit (1994) concludeert hieruit dat in deze gevallen de vooroordelen over vrouwen met betrekking tot medische zorg de onderzoekers zodanig beïnvloed hebben dat zij niet meer in staat waren om tot een juiste, op medische gegevens gebaseerde diagnose te komen.

Het effect van sekse en gender tijdens huisartsconsulten

Dat er ook nu nog verschillen bestaan in de zorg die mannelijke patiënten ontvangen van de huisarts vergeleken met vrouwelijke patiënten is in meerdere onderzoeken aangetoond. Dit verschil heeft zowel te maken met de houding van mannelijke of vrouwelijke patiënten ten opzichte van zijn of haar eigen zorg (Holroyd, 1997; Seymour-Smith et al., 2002) als met het verschil in de wijze van het behandelen van patiënten door mannelijke of vrouwelijke huisartsen (Arber, McKinlay, Adams, Marceau, Link, & O'Donnell, 2006; Goudsmit, 1994).

De zorg die een patiënt ontvangt kan dus afhangen van de sekse van zowel de patiënt als de huisarts. In de volgende secties zullen de effecten hiervan besproken worden.

Sekse van de patiënt

Dat de houding ten opzichte van medische zorg van mannen anders is dan de houding van vrouwen blijkt uit het onderzoek van Holroyd (1997), die vond dat mannen over het algemeen minder geneigd zijn om medische hulp te zoeken bij gezondheidsproblemen dan vrouwen. Mannen worden daardoor gezien als stoïcijns ten opzichte van hun gezondheid (Armitage, 1979). Het stereotype beeld is dan ook dat mannen geen hulp willen en medische klachten gewoonlijk verhullen totdat het echt niet meer anders kan (Seymour-Smith et. al., 2002). Het resultaat hiervan kan echter zijn dat mannen te laat medische zorg zoeken en behandeling van eventuele problemen dus ook te laat begint.

Onderzoek van Coyle en Morgan-Sykes (1998) toont aan dat dit stoïcijnse, masculiene stereotype een algemeen bekend beeld is dat zelfs wordt versterkt in de media. Uit een analyse van een speciale uitgave van de Britse krant 'The Independent' over gezondheidszorg bleek dat het behouden van een masculien karakter te verkiezen is boven gezien te worden als een vrouwelijke man, ondanks dat er in de media erkend wordt dat masculiniteit een bedreiging kan vormen voor de gezondheid van mannen. Een gelijksoortig resultaat werd gevonden door Cough (2007) in zijn onderzoek naar de representatie van eetgewoontes van mannen in de media. Hij vond dat de media de effecten van masculiniteit vaak negeren of verheerlijken, terwijl het duidelijk is dat de eetgewoontes van mannen over het algemeen een negatieve invloed op hun gezondheid hebben. Hierbij concludeert Cough (2007, p.34) "*In sum, these media texts on men, diet and health conspire to privilege hegemonic masculinities which work to defend men ...*". Ondanks de negatieve invloed op de gezondheid heeft typische masculiniteit dus een beschermd of zelfs verheerlijkte status.

Deze beschermd status heeft masculiniteit niet alleen onder leken op het gebied van de gezondheidszorg. Ook medici zien masculiniteit en de effecten daarvan op de zorg van een patiënt als iets dat weinig zorgwekkend is (Seymour-Smith et. al., 2002). Mannen zijn door hun terughoudende karakter ten opzichte van het zoeken van zorg geneigd om te laat hulp te zoeken bij gezondheidsproblemen. Uit diepte-interviews met specialisten uit de zorg bleek dat dit door zorgspecialisten wordt afgedaan als een 'grappig' effect van mannelijkheid. Dus hoewel zorgspecialisten erkennen dat masculiniteit de zorg van een patiënt kan belemmeren, worden deze negatieve effecten veelal geaccepteerd.

Er wordt door artsen juist vooral gefocust op de positieve effecten van masculiniteit. Deze positieve effecten kunnen worden afgeleid uit de negatieve effecten van masculiniteit op de gezondheidszorg. Zo heeft het feit dat mannen de neiging hebben om medische problemen te verhullen en daardoor pas naar de huisarts gaan als de problemen ernstig zijn als effect dat mannen als serieuze gebruikers van gezondheidszorg worden gezien (Seymour-Smith et. al., 2002). Wanneer een man naar de huisarts gaat, wordt er dus vanuit gegaan dat de kans dat er echt wat aan de hand is reëel is en dat er dus serieus omgegaan moet worden met zijn klachten. Het lijkt dus dat het door artsen juist wordt gewaardeerd dat mannen terughoudend zijn in het zoeken van medische zorg.

In tegenstelling tot mannen worden vrouwen gezien als frequente gebruikers van de gezondheidszorg. Over het algemeen zijn vrouwen zich bewuster van hun gezondheidsbehoeftes en gaan ze vaker naar de huisarts dan mannen (Seymour-Smith et. al., 2002). Vrouwen zullen dus minder vaak dan mannen pas op het laatste moment hulp zoeken van hun huisarts. Hoewel dit positief is voor de gezondheid van vrouwelijke patiënten, heeft dit gedrag als resultaat dat er een stereotype beeld van vrouwen bestaat als hypochonders (Armitage, 1979; Goudsmit, 1994). Daarnaast blijkt uit Goudsmit (1994) dat artsen vaker een psychische oorzaak aan symptomen toekennen bij vrouwen dan bij mannen. Deze neiging tot het toekennen van een psychologische oorzaak van symptomen wordt psychologisatie genoemd. Een vrouw zal voor een klacht dus eerder naar een psycholoog doorverwezen worden terwijl een man met vergelijkbare klachten vaker lichamelijk onderzocht zal worden. Goudsmit (1994) vermeldt dat deze neiging tot psychologisatie in het verleden meerdere keren heeft geleid tot een verkeerde diagnose bij vrouwelijke patiënten.

Naast het onderzoek van Goudsmit (1994) waaruit blijkt dat er onder artsen een neiging bestaat tot psychologisatie bij vrouwelijke patiënten vonden Arber et al. (2006) dat vrouwen minder uitvoerig worden onderzocht dan mannen bij vergelijkbare medische klachten. In hun onderzoek kregen artsen in scene gezette consulten te zien van patiënten met klachten die sterk wezen op een hartaandoening. De patiënten varieerden in sekse, leeftijd, etniciteit en sociaaleconomische status. Verwacht werd dat artsen vaker een diagnose van een hartaandoening zouden vaststellen bij oudere patiënten dan bij jongere patiënten, aangezien oudere patiënten meer risico lopen op een hartaandoening. Dit bleek echter niet het geval. De verschillen in het verloop van het consult en de uiteindelijke diagnose bleken enkel af te hangen van de sekse van de patiënt. Vrouwen werden minder uitvoerig onderzocht en werden minder vaak doorverwezen naar een specialist dan mannen, terwijl de symptomen gelijk waren en elke patiënt dus gelijk behandeld diende te worden.

Het onderzoek van Arber et al. (2006) toont aan dat de sekse van een patiënt invloed kan hebben op de kwaliteit van zorg die de patiënt ontvangt, met in dit geval een negatief effect voor vrouwelijke patiënten. Daarnaast blijkt uit de hiervoor besproken onderzoeken (Goudsmit, 1994; Seymour-Smith et. al., 2002) dat hoewel de negatieve gevolgen van masculiniteit op de gezondheidszorg van mannen worden geaccepteerd en worden gezien als amusant, de positieve effecten van femininiteit als gevolg hebben dat vrouwelijke patiënten in eerste opzicht minder serieus worden genomen, minder uitvoerig worden onderzocht en dat er een grotere kans bestaat op een foutieve en op een psychische oorzaak gebaseerde diagnose.

Er kan aangenomen worden dat deze op stereotypes berustende effecten weinig tot niet zijn veranderd in de laatste jaren, aangezien uit Haines, Deaux en Lofaro (2016) blijkt dat genderstereotypes sinds de jaren 80 amper veranderd zijn. Zij stellen dat stereotypes over sekse nog steeds sterk in onze samenleving verankerd zijn en dat het onderscheid tussen mannen en vrouwen ook nu nog hoofdzakelijk gebaseerd is op stereotypische componenten. Met de bestendigheid van stereotypes in gedachten kan dus ook in 2019 nog worden aangenomen dat van mannen bijvoorbeeld nog steeds wordt gedacht dat zij zorg vermijden (Seymour-Smith et. al., 2002) en dat vrouwen ook nu nog stereotypisch worden gezien als hypochonders (Goudsmit, 1994).

Sekse van de arts

Naast de sekse van de patiënt kan ook de sekse van de arts invloed hebben op het verloop en resultaat van een consult. Hoewel uit meta-analytisch onderzoek van Hall, Blanch Hartigan en Roter (2011) blijkt dat er geen verschil bestaat in de tevredenheid van patiënten bij mannelijke of vrouwelijke artsen lijkt er toch een voorkeur te bestaan voor mannelijke artsen. Onderzoek van Hall, Roter, Blanch-Hartigan, Schmid Mast en Pitegoff (2015) geeft redenen om dit aan te nemen. Zij onderzochten of de mate van patiëntgerichtheid invloed had op de tevredenheid van patiënten en de evaluatie van de arts bij mannelijke en vrouwelijke artsen. Het bleek dat patiënten bij hoog patiëntgerichte artsen tevredener waren en de arts positiever evalueerden. Dit effect was echter significant sterker bij mannelijke artsen dan bij vrouwelijke artsen. Mannelijke artsen die hoog patiëntgericht waren, ondervonden hier veel positievere effecten van dan vrouwelijke artsen. Hall et al. (2015) geven hiervoor als verklaring dat patiëntgerichtheid wordt verwacht van vrouwelijke artsen en dat dus enkel het ontbreken ervan een effect kan hebben. Bij mannelijke artsen wordt patiëntgerichtheid minder verwacht waardoor een hoge mate van patiëntgerichtheid een sterk competente indruk geeft bij de patiënt. Er lijken dus ook met betrekking tot de sekse van de arts andere verwachtingen te

bestaan over de patiëntgerichtheid van de arts wat medebepalend is voor de tevredenheid van de patiënt.

Hiernaast lijkt er op het gebied van de voorkeur voor een arts een relatie te bestaan tussen de sekse van de patiënt en de sekse van de arts. Onderzoek van Himmelstein en Sanchez (2016) toont aan dat mannelijke patiënten een voorkeur hebben voor mannelijke artsen. De mate van masculiniteit van patiënten van de mannelijke sekse bepaalde in hoeverre zij een voorkeur hadden voor een arts van de mannelijke sekse en in hoeverre zij deze arts als competent zagen. Daarnaast bleek de mate van masculiniteit van mannen ook te bepalen hoe open zij waren over hun medische problemen. Een hoog masculiene patiënt bleek minder open te zijn naar een mannelijke arts dan naar een vrouwelijke arts. Dus hoewel mannelijke patiënten een voorkeur hebben voor mannen als arts zijn zij minder geneigd om deze arts te vertellen wat hun probleem is. Dit zou kunnen resulteren in een minder volledig consult en een minder passende diagnose. De relatie tussen de sekse van de patiënt en de sekse van de arts zou hierdoor de kwaliteit van de zorg negatief kunnen beïnvloeden.

Gender

De sekse van zowel de patiënt als van de arts kunnen dus invloed hebben op de kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt. Het interessante hierbij is dat niet enkel de biologische sekse maar ook het gender van de patiënt meespeelt. Het onderscheid tussen sekse en gender speelt zich af op het onderscheid tussen fysieke en sociale aspecten. Hoewel later aangetoond zal worden dat ook sekse gezien kan worden als een sociaal construct wordt sekse nog steeds vaak gezien als de fysieke aangeboren eigenschappen van man en vrouw. Gender wordt daarentegen bepaald door sociale factoren zoals opvattingen, opvoeding en gedrag. Het gender van een persoon wordt bijvoorbeeld gevormd door de kleding die iemand draagt, het taalgebruik van een persoon en de gebaren die deze persoon gebruikt. Zo kan een persoon die fysiek gezien geclassificeerd kan worden als vrouw, bijvoorbeeld aan de hand van mannelijke kledingkeuzes een mannelijk gender uiten. West en Zimmerman (1987) introduceerden hierbij het construct 'doing gender' wat inhoudt dat gender inderdaad iets is dat gedaan (*doing*) wordt.

Dit doen van gender gebeurt tijdens sociale interacties (West en Zimmerman, 1987). Tijdens deze sociale interacties kan een persoon onder andere door middel van zijn of haar taalgebruik, gebaren en gedrag zijn of haar gender vormen. Het gender van een persoon blijkt uit alledaagse acties en situaties, bijvoorbeeld wanneer een man een deur openhoudt voor een vrouw. Deze man zal hiermee de intentie hebben om behulpzaam te zijn en als galant persoon

gezien te worden. Hij bevestigt hiermee echter ook zijn gender als typische man door te handelen naar de cultureel geaccepteerde overtuiging dat je als man een vrouw hoort te helpen. Het doen van gender was in dit geval dus inderdaad niet intentioneel maar bleek impliciet uit een alledaagse handeling tijdens een sociale interactie.

Aangezien sekse bepaald wordt op basis van fysieke eigenschappen en gender gevormd wordt tijdens sociale interacties kunnen de sekse en het gender van een persoon ook van elkaar verschillen. Hoewel sekse bepaald wordt aan de hand van fysieke eigenschappen hebben sociale interacties ook invloed op de sekse van een persoon. Dit blijkt aan de hand van Jayyusi (1984) waarin zij stelt dat hoewel de sekse van een persoon vaak duidelijk te bepalen is op basis van fysieke eigenschappen, sekse pas een construct is waar rekening mee gehouden dient te worden wanneer het relevant gemaakt wordt tijdens een interactie. Sekse wordt dus ook in zekere mate gedaan tijdens sociale interacties en staat dus niet volledig los van gender. Daarnaast betoogt filosofe Judith Butler dat sekse net als gender een cultureel gevormd construct is (Butler, 2011). Zij betoogt wanneer een kind binnen een van de seksen (man of vrouw) geplaatst wordt, dit enkel op basis van het geslachtsdeel gebeurt terwijl er verder tijdens de eerste levensjaren amper verschil is tussen een jongen of meisje. Wanneer dit kind echter gecategoriseerd wordt als behorend tot een bepaalde sekse dan worden hier allerlei inferenties aan gekoppeld. Zo is een jongen sterk en stoer en een meisje lief en zacht. Dit kind zal zich dan ook gaan gedragen naar de door de samenleving opgelegde norm van zijn of haar geslacht. Daarnaast zal dit kind op basis van een categorisatie binnen een sekse het hele leven lang op een door de sekse gekleurde manier behandeld worden. Sekse kan dus net als gender als een sociaal construct gezien worden (Butler, 2011). In het huidige onderzoek zullen zowel seksecategorisatie als gendercategorisatie dan ook vallen onder de noemer gendercategorisatie.

De invloed van (*doing*) gender op de gezondheidszorg blijkt uit de volgende quote van Seymour-Smith et al. (2002, p. 264): “... *what health care professionals might see as most problematic for male patients is not ‘behaving like a typical man’ but behaving ‘like a woman’*”. Hun redenatie hiervoor is dat de negatieve aspecten van mannen toch vaak als positief worden gezien, aangezien de mannelijke sekse in de westerse cultuur als prestige dragend wordt gezien ten opzichte van de vrouwelijke sekse. Wanneer een man dan afwijkt van de norm en zich op een meer vrouwelijke manier uit en zijn gender dus op een meer vrouwelijke manier vormt, kan dit resulteren in de aanname door artsen dat de klachten van deze patiënt, net als bij het vrouwelijke stereotype, minder ernstig genomen hoeven te worden dan de klachten van een typisch mannelijke man (Seymour-Smith et al., 2002). Dit geeft

reden om aan te nemen dat de manier waarop een patiënt zich positioneert binnen een consult invloed kan hebben op hoe de arts omgaat met de klachten van de patiënt. Zo zou een vrouwelijke patiënt die zichzelf als typische vrouw positioneert minder serieus genomen kunnen worden dan een man die zichzelf als typische man positioneert of een vrouw die zich distantieert van het vrouwelijke stereotype.

MCA

Een manier om te analyseren hoe het gender van een deelnemer aan een gesprek gevormd wordt, is middels membership categorisation analysis (vanaf nu MCA). MCA is in de basis gericht op het onderscheiden en analyseren van manieren waarop mensen naar zichzelf en anderen verwijzen (Paulsen, 2018; Schegloff, 2007). Deze manier van refereren naar personen wordt categoriseren genoemd. Door een persoon bijvoorbeeld te beschrijven als een moeder plaats je deze persoon in een bepaalde categorie met alle inferenties die daarbij horen. Zo wordt een moeder over het algemeen als zorgzaam en liefdevol gezien. Het categoriseren van een persoon schept daarmee dus ook bepaalde verwachtingen van deze persoon. Stokoe (2012) stelt daarom dat MCA zich richt op hoe mensen de wereld beschrijven en begrijpen en hoe mensen daarmee aantonen dat zij begrip hebben van de werking van de maatschappij. Door iemand te beschrijven als een moeder insinueer je te begrijpen hoe deze persoon in elkaar steekt en geef je aan een idee te hebben hoe deze persoon zal handelen op basis van de verwachtingen binnen de maatschappij. MCA geeft dus de mogelijkheid om naast het analyseren van iemands taalgebruik een beschrijving te geven van iemands culturele waarden en overtuigingen (Stokoe, 2010).

De eerste uitwerkingen van MCA worden toegeschreven aan de colleges van Harvey Sacks in de jaren 60 van de vorige eeuw (Sacks, 1992). In het vroege werk van Sacks wordt aandacht besteed aan hoe mensen elkaar beschrijven door middel van membership categorisation devices. Deze devices bestaan uit twee delen, namelijk collecties van categorieën en toepassingsregels van deze categorieën (Eglin, 2011; Schegloff, 2007). De categorieën die hier bedoeld worden, zijn termen waarmee een persoon beschreven kan worden. Voorbeelden van deze termen zijn *man*, *vrouw*, *moslim*, *bouwvakker*, *yup*, *grappenmaker*, *makker*, *Braziliaan*, enzovoort. Een collectie van categorieën bestaat uit categorieën die logischerwijze samengaan. Zo vallen de categorieën *oma* en *kleinzoon* samen onder de membership categorisation device ‘familie’. Als alternatief zouden deze categorieën bijvoorbeeld ook kunnen vallen onder het device ‘levensfase’. Deze devices (familie en levensfase) hebben een duidelijk andere betekenis waardoor er ook andere verwachtingen

worden geschapen in de relatie tussen de twee categorieën. Onder welke device de categorieën behoren, dient afgeleid te worden uit de lokale context van de interactie, d.w.z. de beurten die eraan voorafgaan en erop volgen (Schegloff, 2007).

Voor het huidige onderzoek zijn vooral de categorieën die betrekking hebben op gender relevant. Voorbeelden hiervan zijn de hiervoor genoemde *man* en *vrouw* maar ook termen als *moeder*, *kerel*, *lesbienne*, *vriendin* en *jochie* plaatsen een persoon binnen een genderspecifieke categorie. Naast deze expliciete wijze van categoriseren bestaat er ook de mogelijkheid om een persoon impliciet in een categorie te plaatsen. Stokoe (2012) geeft hiervan op het gebied van gender een duidelijk voorbeeld uit een aflevering van de sitcom *Friends* (Seizoen 1, aflevering 20). Een van de actrices geeft in deze aflevering als commentaar op een mannelijke acteur dat hij moet stoppen met zo ‘*testosterone-y*’ zijn (Stokoe, 2012, p. 284). Hiermee plaatst zij hem impliciet in de categorie van de typische man aangezien *testosterone-y* zijn iets is dat verbonden wordt met stereotypisch mannelijk gedrag. Het effect van deze categorisatie kan zijn dat degene die ‘*testosterone-y*’ genoemd wordt zich bewust wordt van zijn stereotype mannelijke gedrag en zijn daaropvolgende handeling daarop aanpast.

Het bovenstaande voorbeeld uit Stokoe (2012) toont aan dat karakteristieken (zoals *testosterone-y* zijn) ook categorieën kunnen oproepen. Dit soort karakteristieken worden categoriegebonden predicaten genoemd (Watson, 1978). Een ander voorbeeld van een predicaat is het zorgen voor kinderen dat wordt gekoppeld aan de categorie *vrouw* (Stokoe, 2012). Niet enkel predicaten maar ook acties en gedrag vervullen deze functie. Deze categoriegebonden activiteiten impliceren de bijbehorende categorieën. Eglin (2011) geeft een duidelijk voorbeeld van de relatie tussen activiteiten en categorieën. Hij redeneert dat wanneer je iemand op straat een ander persoon ziet vasthouden en handboeien om ziet doen, je kan aannemen dat de persoon die deze actie uitvoert een politieagent is. Het is hierbij niet nodig dat hij of zij als agent gekleed is of op andere wijze zijn of haar functie kan aantonen. Enkel door de handeling van het in de boeien slaan van een ander kan de functie van de agent afgeleid worden. Deze relatie tussen predicaten en categorieën werkt ook andersom. Wanneer iemand een misdaad begaat en er een agent aanwezig is, kan er aangenomen worden dat de agent de misdadiger aan zal houden. Deze handeling wordt bijvoorbeeld niet verwacht van een toevallig aanwezige arts. Elke categorie bevat namelijk andere daaraan verbonden predicaten en activiteiten. Zo zou van de arts verwacht worden dat hij of zij een gewond persoon helpt wanneer dit nodig is. De band tussen predicaten en categorieën bevat dus kennis over wie mensen zijn en wat zij aan het doen zijn of wat er van hen verwacht kan worden.

In het geval van gendercategorisatie zijn het benoemen van zwangerschap of de overgang voorbeelden van categoriegebonden predicaten. Wanneer een patiënt tijdens een consult bijvoorbeeld aan de arts vraagt of het mogelijk is dat haar klachten gerelateerd zijn aan de overgang dan wordt door het benoemen van het predicaat ‘overgang’, de categorie vrouw geactiveerd en daarmee ook de verwachtingen die met deze categorie samenhangen. Dit relevant maken van het vrouwelijk gender kan zoals eerdergenoemd effecten hebben op het verloop van het consult. Zo is het mogelijk dat de klachten van deze vrouwelijke patiënt minder uitvoerig worden onderzocht (Arber et al., 2006) dan wanneer haar gender niet relevant was gemaakt aangezien haar gender voor het benoemen van het aan vrouwelijkheid gebonden predicaat mogelijk nog niet geactiveerd was en dus nog niet relevant was (Jayyusi, 1984).

Het tweede deel van de door Sacks (1992) beschreven membership categorisation device zijn de toepassingsregels van MCA. De eerste regel is de economy rule (Schegloff, 2007). Deze regel houdt in dat een enkele categorie in principe genoeg is om een persoon te beschrijven. Door een persoon in de categorie *vrouw* te plaatsen zegt dit namelijk genoeg over deze persoon om een eerste beeld te vormen. Wanneer hier dan een tweede persoon bij wordt gecategoriseerd als *dochter* dan geeft dit voldoende informatie om te concluderen dat deze tweede persoon een kind is van de eerste en dat ze samen dus binnen de membership categorisation device ‘familie’ behoren. Een enkele categorie bevat dus genoeg inferenties om betekenisdragend te zijn.

De economy rule betekent echter niet dat het geen toegevoegde waarde kan hebben om een persoon met meerdere termen te categoriseren. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in het onderzoek van Stokoe (1998). Zij analyseerde gesprekken tussen studenten waarin zij een persoon op een afbeelding beschreven. Op een van de gebruikte afbeeldingen was een vrouw te zien die door de studenten beschreven werd als een vrouwelijke advocaat. In navolging van de economy rule was het echter toereikend geweest om deze vrouw enkel als advocaat te categoriseren. Toch worden er hier twee categoriserende termen ingezet, namelijk *vrouwelijke* en *advocaat*. Stokoe (1998) verklaard deze dubbele categorisatie door te stellen dat hoewel de beschrijving ‘advocaat’ kan slaan op zowel een man als een vrouw, een mannelijke advocaat de norm is. Door de extra categorisatie *vrouwelijke* wordt de focus gelegd op de sekse van de advocaat. De twee categorisaties voegen allebei betekenis toe aangezien ze behoren tot verschillende devices. *Vrouwelijke* valt binnen het device ‘sekse’, *advocaat* binnen ‘beroep’.

In het geval van gendercategorisatie tijdens huisartsconsulten bleek uit een exploratieve analyse van het beschikbare materiaal van het huidige onderzoek een geval

waarin een huisarts haar patiënt beschreef als een jonge vrouw. Hier worden de categoriserende termen *jonge* (leeftijd) en *vrouw* (sekse) toegepast. Beide categorisaties voegen betekenis toe aan de beschrijving aangezien ze beide behoren toe een ander device. In dit geval waren beide categorisaties belangrijk aangezien zowel het sekse als de leeftijd van de patiënt het vervolg van de behandeling beïnvloedden.

Naast de economy rule bestaat er in MCA ook de consistency rule. Deze regel houdt in dat wanneer een eerste persoon wordt gecategoriseerd als ‘man’, die behoort tot de device ‘sekse’, het verwacht kan worden dat een volgende persoon ook wordt gecategoriseerd middels zijn of haar sekse (Schegloff, 2007). Wanneer er bij een volgende persoon opeens wordt afgestapt van het categoriseren middels de sekse dan zal dit voor verwarring zorgen. Stokoe (2012) beschrijft als hulpmiddel voor de luisteraar bij de consistency rule de ‘hearers maxim’. Deze maxim houdt in dat wanneer twee categorieën behoren tot dezelfde membership categorisation device, zij kunnen worden gezien als behorend tot dezelfde groep (Stokoe, 2012). Bijvoorbeeld, wanneer twee personen worden gecategoriseerd als vader en zoon, die allebei behoren tot de device ‘familie’, dan kunnen zij worden gezien als behorend tot dezelfde familie. Wanneer er daarna nog iemand wordt gecategoriseerd als *moeder* dan kan aangenomen worden dat zij ook behoort tot dezelfde familie. Hoewel de consistency rule geen vaststaand feit is, geeft Schegloff (2007) hierbij aan dat de regel nuttig kan zijn om duidelijk te maken hoe een categorisatie een bepaalde denkwijze relevant kan maken. Wanneer tijdens een huisartsconsult het construct gender dus relevant wordt gemaakt dan blijft dit tijdens het consult ook na het noemen relevant. De consistency rule toont aan dat een uiting waarmee het gender van een van de deelnemers aan het consult relevant gemaakt wordt, invloed kan hebben op het verloop van het consult lang na de daadwerkelijke uiting.

Middels MCA is het dus mogelijk om onderzoek te doen naar hoe categoriserende termen en predicaten worden toegepast op expliciete of impliciete wijze en wat de effecten hiervan zijn op de communicatie tussen personen. MCA geeft namelijk inzicht in wat tijdens een gesprek relevant is voor de gesprekspartners en hoe zij hun realiteit percipiëren en beschrijven (Fitzgerald, Housley & Butler, 2009). Met andere woorden, door middel van MCA kan geanalyseerd worden hoe deelnemers aan een consult “gender doen” en hoe dit het verloop van het consult beïnvloedt. Aangezien de sekse van een patiënt of arts invloed kan hebben op het verloop van een consult, zou het zo kunnen zijn het activeren/doen van gender een effect heeft op het verloop en het resultaat van het consult. Zo geven de eerdergenoemde resultaten van Himmelstein en Sanchez (2016) reden om aan te nemen dat, een hoog masculiene patiënt minder open is naar een mannelijke arts wanneer deze arts gender doet op

een mannelijke manier dan wanneer de arts zijn gender niet relevant had gemaakt. Een ander mogelijk effect van doing gender in patiënt-huisartsconsulten is dat de klachten van een patiënt door de arts serieuzer genomen worden wanneer de patiënt gender doet op een mannelijke manier en daarmee zijn of haar masculiniteit benadrukt dan wanneer de patiënt zich vrouwelijk presenteert. De kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt zou dus mede bepaald kunnen worden door de mate waarin en de wijze waarop de patiënt en arts gender doen tijdens het consult. Door middel van MCA kunnen patronen van gendercategorisatie ontdekt worden binnen deze consulten waarna eventuele effecten van deze patronen geanalyseerd kunnen worden.

Stokoe (2012) geeft een duidelijk voorbeeld van een patroon van gendercategorisatie. In dit geval werden ondervragingen van verdachten van geweldplegingen op vrouwen geanalyseerd. Een terugkerend patroon tijdens de ondervragingen was dat de mannelijke verdachten zichzelf categoriseerden als een man die geen vrouwen slaat. Stokoe (2006) noemt dit patroon van categorisatie een categoriegebonden ontkenning. Deze ontkenning heeft als resultaat dat de verdachte onderscheid maakt tussen de typische man die dus wel vrouwen slaat, en zichzelf als man die geen vrouwen slaat. Naast de intentie van de verdachte om zich door middel van de ontkenning vrij te spreken, bevat de categorisering dus buiten de intentie van de spreker om een duidelijk voorbeeld van het beeld dat de verdachte heeft van mannen binnen onze cultuur. Het feit dat dit type categorisaties vaak impliciet en schijnbaar onbewust voorkomen draagt bij aan de kracht van de categorisatie. Zo stelt Baker (2000, p.111) *“the more natural, taken for granted and therefore the more invisible the categorisation work, the more powerful it is”*. Wanneer een categorisatie natuurlijk voorkomt toont dit aan dat de categorisatie als vanzelfsprekend wordt gezien. Dit toont nogmaals aan dat zoals Stokoe (2010) aangeeft, een categoriserende uiting niet enkel een beschrijving is maar ook een indruk geeft van iemands waarden en culturele overtuigingen.

Hoewel MCA door meerdere onderzoekers gebruikt wordt, merkt Stokoe (2012) op dat er amper duidelijkheid bestaat over de methodologie. Om volgend onderzoek betere richtlijnen te geven over de methodologie van MCA ontwikkelde zij vijf leidende principes voor het uitvoeren van MCA. Deze leidende principes zijn gebaseerd op impliciete uitleg van de methodologie in eerder MCA-onderzoek. Deze regels geven duidelijke richtlijnen voor het verzamelen van materiaal en voor het vinden van categorisatiepatronen in deze data. Daarnaast geven de regels richtlijnen voor het analyseren van deze patronen. Een stapsgewijze uitleg van de vijf regels van Stokoe (2012) is te lezen in de methode.

Tijdens het huidige onderzoek wordt in de context van patiënt-huisartsconsulten ernaar gestreefd om net als in Stokoe (2006) patronen van gendercategorisatie te vinden en de effecten van deze patronen te analyseren aan de hand van de vijf leidende principes van Stokoe (2012). Aan de hand van deze patronen wordt beoogd om meer begrip te vormen over het effect van gender tijdens patiënt-huisartsconsulten en hoe deelnemers van deze consulten hun eigen of iemand anders gender doen middels hun taalgebruik. Hierbij zijn de volgende twee onderzoeksvragen opgesteld:

1. Hoe vaak, wanneer en middels welke devices gebruiken huisartsen en patiënten gendercategorisaties tijdens het consult?
2. Wat is de interactionele aanleiding en wat zijn de effecten van gendercategorisatie in de interactie tussen huisarts en patiënt?

Methode

Materiaal

De dataset voor het huidige onderzoek bestaat uit 70 op video opgenomen huisartsconsulten uit de periode van april 2015 tot en met november 2015. De artsen die voorkomen in de consulten waren ten tijde van opname allen werkzaam in de regio Nijmegen. Van de 19 huisartsen waren 11 vrouw. De gemiddelde leeftijd van de artsen was 46.6 jaar met een range van 31 tot 69 jaar. Van de 70 patiënten in de beschikbare consulten waren 43 vrouw. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 51.3 jaar met een range van 18 tot 87 jaar. De redenen of klachten waarvoor de patiënten naar de huisarts gingen liepen uiteen van bijvoorbeeld een patiënt die tintelingen in de voet voelde tot een patiënt waarvan een kind net was overleden.

De data betreffen natuurlijke, niet-uitgelokte interacties, waar geen onderzoeker bij aanwezig was. Zoals Land en Kitzinger (2011) aangeven resulteert de analyse van dit soort natuurlijke data in een meer representatieve weergave van de werkelijkheid dan analyse van interviews (bijv. Paulsen 2018) of experimentele gegevens. Door gebruik te maken van natuurlijke data kan vastgesteld worden of en hoe artsen en patiënten gendercategorisatie toepassen zonder dat zij hierin gestuurd worden door het doel van het onderzoek.

De video-opnamen zijn opgeslagen in een database van het Radboud UMC. Met toestemming van zowel de arts als de patiënt zijn de consulten beschikbaar gesteld voor onderzoeksdoeleinden. De consulten zijn geanonimiseerd en naar de deelnemers zal nog enkel verwezen worden als ‘de arts’ en ‘de patiënt’ en middels de door de deelnemers van het consult gebruikte gendercategorieën.

Analyse

De voor het onderzoek relevante delen van de beschikbare consulten zijn allereerst in detail getranscribeerd via het transcriptieprogramma Transana. Deze transcriptie houdt in dat pauzes en overlap, prosodie, geluidsproductie (bijv. volume en nadruk) en spreektempo gedetailleerd zijn weergegeven. Deze transcripties geven een rijker inzicht in de interactie tussen de arts en patiënt dan woordelijke transcripten. De transcripten zijn anoniem geanalyseerd.

Vermeldingen van persoonlijke informatie, zoals een naam of adres van de arts of patiënt, zijn verwijderd uit het transcript. De transcripten van de consulten zijn geanalyseerd met de leidende principes voor het uitvoeren van MCA van Stokoe (2012) als richtlijn. Stap 1 van de

leidende principes heeft betrekking op het verzamelen van materiaal. Stokoe (2012) adviseert om passend bij de focus van het beoogde onderzoek zoveel mogelijk materiaal te verzamelen aangezien het voorafgaand aan de analyse vaak moeilijk in te schatten is hoe vaak categorisatie voorkomt in het verzamelde materiaal. Daarnaast adviseert zij om de data niet te beperken tot een specifieke setting. Aangezien het huidige onderzoek als doel had om specifiek binnen de setting van patiënt-huisartsconsulten de effecten van gendercategorisatie te analyseren, had het geen toegevoegde waarde om data te verzamelen uit een andere setting. De gebruikte dataset was al samengesteld voor eerder onderzoek. Ten behoeve van de haalbaarheid van het huidige onderzoek is ervoor gekozen om enkel de consulten te analyseren die al woordelijk getranscribeerd waren.

De eerste stap van de analyse (stap 2 van Stokoe (2012)) was het analyseren van de consulten op zowel expliciete uitingen van gendercategorisatie (*vrouw, man, moeder, lesbienne, kerel, vriendin, broer*) als op impliciete uitingen van gendercategorisatie (*testosterone-y, ik denk dat ik in de overgang ben*). Categoriserende uitingen van zowel de arts als de patiënt waren hierbij relevant. Terugkerende categorisaties, oftewel wanneer iemand tijdens het consult meerdere keren op door middel van dezelfde term gecategoriseerde of gecategoriseerd werd, werden als losse categorisaties gezien. Hiervoor is gekozen aan de hand van de stelling van Stokoe (2010) dat categorisaties inzicht geven in iemands culturele waarden en overtuigingen. Een categorisatie die meerdere keren voorkomt geeft een duidelijker inzicht in deze waarden en overtuigingen dan een categorisatie die maar een enkele keer voorkomt.

Niet elk gesproken woord dat te maken had met gender of geslacht werd gezien als een gendercategorisatie. Een voorbeeld van uitingen die niet geassocieerd werden als categorisaties zijn aanspreektitels zoals 'meneer'. De aanspreektitel 'meneer' kwam meerdere keren voor tijdens een begroeting door de arts (goedemorgen meneer *naam*). Dit type categorisatie is echter zo gestandaardiseerd en verbonden met de etiquette dat het op het gebied van gendercategorisatie amper betekenis heeft. De consulten namen na deze aanspreektitels dan ook niet direct een gendeerde lading aan. Bij de uitingen die wel werden geassocieerd als gendercategorisatie werd bepaald tot welk membership categorisation device de categorisatie behoorde. Zo was het mogelijk dat de categorisatie *oma* behoorde tot de MCD 'familie' als tot de MCD 'levensfase'. Uit de context werd in deze gevallen het passende device afgeleid.

Het uiteindelijke corpus werd gebruikt voor de kwantitatieve analyse. De kwantitatieve analyse was erop gericht om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. Met

behulp van beschrijvende statistieken werden de categoriserende uitingen geanalyseerd met betrekking tot de hoeveelheid consulten waarin ze voorkwamen, door wie ze geuit werden (arts of patiënt), tot welk device de categorisatie behoorde, wat het gender van de spreker was en in welke fase van het consult de uiting voorkwam. De fases van patiënt- huisartsconsulten zijn gebaseerd op Heritage en Maynard (2007). Zij beschreven dat een consult bestaat uit de volgende zeven fases: opening, problempresentatie, bevraging voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, diagnose, behandeling en afsluiting. Deze fases helpen bij het vormen van context bij de geanalyseerde gendercategorisaties.

De volgende stap (stap 3 van Stokoe (2012)) bestond uit de selectie van fragmenten die bij de categoriserende uitingen hoorden. Deze fragmenten werden in detail, beurt voor beurt, geanalyseerd. Een fragment bestaat uit het deel voor de uiting dat aanleiding gaf tot de categorisatie en het deel na de categorisatie waarin de categorisatie relevant blijft. Hoewel uit de consistency rule (Schegloff, 2007) blijkt dat gendercategorisatie op het volledige verloop van de sociale interactie is er in dit geval gekeken naar de daadwerkelijke interactionele consequenties van de categorisatie op het consult. Ter illustratie: in fragment 1 van de resultatensectie geeft het feit dat de arts vraagt naar de pijn van de patiënt aanleiding om een hypothetische situatie te schetsen waarin hij de patiënt categoriseert. Deze categorisatie blijft daadwerkelijk voor het consult relevant tot de patiënt benoemt dat zij nog op een actieve vakantie is geweest waarmee zij het consult wegleidt van de hypothetische situatie van de arts. Hier eindigde dan ook het fragment.

Deze fragmenten werden gebruikt voor de vierde en vijfde stap van Stokoe (2012). Tijdens deze stappen van de analyse lag de focus op mogelijke factoren die ertoe hebben geleid dat de mogelijkheid zich in het consult voordeed om gender relevant te maken en wat de effecten van de gendercategorisatie waren op het verloop van het consult. Op basis van deze aanleidingen en interactionele consequenties werden patronen van gendercategorisatie geïdentificeerd binnen de consulten. Binnen de meest voorkomende vergelijkbare typen categorisaties werd gezocht naar patronen. Hierbij werden enkel categorisaties geanalyseerd die betrekking hadden op de arts of patiënt en niet op een derde persoon buiten het consult. Deze categorisaties hebben namelijk vermoedelijk een meer directe invloed op de mate waarin het gender van de arts of patiënt relevant wordt gemaakt dan de categorisaties die betrekking hebben op een derde persoon.

Wanneer vergelijkbare categorisaties meerdere keren voorkwamen in verschillende consulten werd geanalyseerd of er sprake was van een patroon van gendercategorisatie. Dit werd gedaan door te analyseren of de aanleiding tot de categorisatie en de interactionele

consequenties van deze vergelijkbare categorisaties gelijksoortig waren. De werkwijze van het eerste patroon zal hierbij ter instructie toegelicht worden. Tijdens de consulten die geanalyseerd zijn voor het eerste patroon werden patiënten gecategoriseerd middels een categoriegebonden activiteit op basis van hun sekse. Dit gebeurde tijdens een hypothetische situatie die geschetst werd door de arts. De daadwerkelijke categorisatie vertoont dus een duidelijke gelijkensis. De aanleiding voor de categorisatie was steeds dat de arts de klacht van de patiënt probeerde te verduidelijken. Hoewel het exacte effect van de categorisatie kon verschillen werd het gender van de patiënt steeds relevant gemaakt terwijl dit niet noodzakelijk was. Aangezien de categorisatie steeds geuit werd door de arts en betrekking hadden op de patiënt, de categorisaties vielen onder hetzelfde device en de aanleiding en het effect vergelijkbaar waren, was er sprake van een patroon van gendercategorisatie.

De drie geanalyseerde patronen zijn geselecteerd op basis van de frequentie van voorkomen binnen de consulten. Het is hierbij dus mogelijk dat er nog andere patronen van gendercategorisatie bestonden binnen de geanalyseerde consulten die minder frequent waren. Voor de haalbaarheid van het huidige onderzoek is er echter voor gekozen om enkel de drie patronen te analyseren die het meer frequent waren. De fragmenten waaruit de essentie van de patronen het meest duidelijk bleek zijn geselecteerd voor een gedetailleerde analyse. De analyses van deze fragmenten staan beschreven in de resultatensectie.

Resultaten

Kwantitatieve analyse

Het doel van het huidige onderzoek was om het voorkomen en de effecten van gendercategorisatie in patiënt-huisartsconsulten te onderzoeken middels membership categorisation analysis. Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag is allereerst onderzocht hoe vaak gendercategorisatie voorkwam in patiënt-huisartsconsulten. Uit een beschrijvende analyse bleek dat gendercategorisatie voorkwam in 53 van de 70 consulten (75.71%). In totaal kwamen er 236 categorisering voor in deze 53 consulten. Wanneer gendercategorisatie voorkwam in een consult dan gebeurde dit gemiddeld 4.31 keer ($SD = 6.43$) per consult met een range van 1 tot 41. Wat betreft het voorkomen van gendercategorisaties tijdens de verschillende fases van het consult bleek uit de analyse dat de meeste categoriserende termen geuit werden tijdens de bevraging van de voorgeschiedenis van de klacht van de patiënt (64.4%). De volledige verdeling van de categoriserende uitingen over de fases van het consult staat weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Verdeling van categoriserende uitingen per fase van het consult in absolute en relatieve getallen

Fase van consult	Hoeveelheid uitingen	Percentage
Opening	3	1.3%
Problempresentatie	30	12.7%
Bevraging voorgeschiedenis	152	64.4%
Lichamelijk onderzoek	6	2.5%
Diagnose	7	3.0%
Behandeling	29	12.3%
Afsluiting	9	3.8%

Vervolgens is geanalyseerd onder welk device de gendercategorisaties vielen. Hieruit bleek dat het device 'familie' het meest gebruikt werd voor gendercategorisatie, namelijk in 41.1 procent van de gevallen. Hieronder vielen termen als *moeder* en *zoon*. Het device 'biologische sekse' (vrouw, kerel) volgde met 30.5 procent. De volledige verdeling van de devices staat weergegeven in Tabel 2. De minder voorkomende devices waren 'partner' (*mijn*

vriendin), ‘seksespecifieke symptomen’ (*de overgang*), ‘aan levensfase gerelateerde sekse’ (*oude man*) en ‘vriendschappelijke relatie’ (*een vriendin*).

De categorisaties onder de devices ‘familie’, ‘partner’ en ‘vriendschappelijke relatie’ hadden grotendeels betrekking op een derde persoon en zijn daarom niet geselecteerd voor kwalitatieve analyse. Dit verklaart deels waarom de gevonden patronen slechts bestaan uit een relatief klein aantal gevallen, hoewel er veel categoriserende uitingen gevonden zijn.

Tabel 2. Verdeling van categoriserende uitingen per membership categorisation device in absolute en relatieve getallen

Device	Hoeveelheid uitingen	Percentage
Familie	97	41.1%
Biologische sekse	72	30.5%
Partner	24	10.2%
Seksespecifieke symptomen	19	8.1%
Aan levensfase gerelateerde sekse	15	6.4%
Vriendschappelijke relatie	9	3.8%

Vervolgens is geanalyseerd hoe vaak er categoriserende uitingen werden gedaan door mannelijke of vrouwelijke deelnemers aan het consult en of de categorisatie geuit werd door de arts of patiënt. Uit deze analyse bleek dat, zoals weergegeven in Tabel 3, de gendercategorisaties in 65.3 procent van de gevallen werden gedaan door een vrouw. Van de uitingen werden 55.1 procent door vrouwelijke patiënt gedaan en 10.1 procent door vrouwelijke artsen. De overige 34.7 procent van de uitingen werden door mannen gedaan. In 18.6 procent van alle uitingen werd de categoriserende term geuit door een mannelijke patiënt en in 16.1 procent werd dit gedaan door een mannelijke arts. Over het algemeen werden 73.7 procent van de categoriserende uitingen gedaan door de patiënt.

Tabel 3. Aantal categoriserende uitingen gekoppeld aan sekse (man of vrouw) en rol (arts of patiënt) van de spreker in absolute getallen (relatieve getallen tussen haakjes)

		Sekse		Totaal
		Man	Vrouw	
Rol	Arts	38 (16.1%)	24 (10.2%)	62 (26.3%)
	Patiënt	44 (18.6%)	130 (55.1%)	174 (73.7%)
	Totaal	82 (34.7%)	154 (65.3%)	236 (100%)

Kwalitatieve analyse

Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zijn op basis van een kwalitatieve analyse van de interacties drie patronen van gendercategorisatie geïdentificeerd: de hypothetische situatie, de gegenderde verklaring en de gegenderde smalltalk. De volgende analytische secties zijn alle drie gericht op respectievelijk een van de drie patronen van gendercategorisatie tijdens patiënt-huisartsconsulten. In sectie 1 categoriseert de arts de patiënt middels het noemen van categoriegebonden activiteiten. Dit werd gevonden in 5 consulten. Dit type categorisatie komt voor in een hypothetische situatie die dient als voorbeeld om de klachten van de patiënt te verklaren. Hoewel de artsen ook een genderneutraal voorbeeld hadden kunnen gebruiken als hypothetische situatie gebruiken zij categoriegebonden activiteiten waarmee de patiënt gecategoriseerd wordt op een genderstereotyperende manier. Sectie 2 is gericht op uitingen van vrouwelijke patiënten waarmee zij hun gender relevant maken in relatie tot hun klacht. Dit kwam voor in 5 consulten. Dit gebeurt vaak via het predicaat *de overgang*. In sectie 3 starten zowel artsen als patiënten smalltalk tijdens het consult. Dit werd gevonden in 4 consulten. Met deze smalltalk stappen de arts en patiënt uit het medische kader. De smalltalk gaat over een categoriegebonden activiteit (krachtsport, high tea) waardoor gender relevant gemaakt wordt tijdens het consult.

Sectie 1: gendercategorisatie door middel van categoriegebonden activiteiten bij het verklaren van de klacht

Sectie 1 beschrijft het patroon van de hypothetische situatie. Hierbij categoriseert de arts de patiënt op basis van zijn of haar gender, wanneer de arts de klacht van de patiënt probeert te verklaren door middel van een hypothetische situatie waarin een categoriegebonden activiteit als voorbeeld gebruikt wordt. In Fragment 1 gebruikt de arts (A) een stereotypisch vrouwelijke activiteit als voorbeeld om de klacht van de patiënt (P) te verklaren. In dit fragment is de arts man en de patiënt vrouw. Voorafgaand aan het fragment presenteert de patiënt haar klacht, namelijk dat zij last heeft van een pijnlijk gevoel op de borst. Fragment 1 vindt plaats tijdens de bevraging van de voorgeschiedenis van de klacht.

Fragment 1 (7.11)

- 1 A: Oke, dus als je (.) zou zeggen u heeft dat nare gevoel op de borst,=
- 2 P: =Ja,=
- 3 A: =En dat maakt eigenlijk niet uit of u zich inspant of niet inspant;=

4 P: =Nee [nee],
5 A: → [He] als u de trap opsjouwt met de wasmand (.) > ik roep maar wat wilds<,
6 P: =Ja; ((knikt))
7 (0.7)
8 A: Dan wordt het niet erger;=
9 P: =Dan wordt het niet [erger];
10 A: → [En als] u thuis rustig of beneden rustig op de bank euh (0.3)
11 → naar voetbal zit te kijken dan wordt het ook niet er- wordt het niet beter.=
12 P: =Nee want wij zijn op vakantie geweest een paar dagen (.) wij hebben gewandeld;

Fragment 1 begint met een herhaling van de klacht van de patiënt door de arts en de vraag van de arts in regel 3 of de pijn op de borst van de patiënt beïnvloed wordt door inspanningen van de patiënt. Hoewel de patiënt dit ontkent (regel 4) breidt de arts zijn vraag uit met een voorbeeld van een mogelijke inspannende actie waarbij de klacht van de patiënt erger zouden kunnen worden (regel 5). Als voorbeeld gebruikt de arts het de trap opsjouwen van een wasmand. Dit voorbeeld zit vol inferenties. Een wasmand de trap optillen kan namelijk gezien worden als een categoriegebonden activiteit aangezien het doen van de was van oudsher gezien wordt als een typisch vrouwelijke activiteit. De arts had in plaats van dit aan gender gebonden voorbeeld ook ervoor kunnen kiezen om een meer neutrale inspannende activiteit, zoals fietsen, als voorbeeld te nemen. Door te kiezen voor deze activiteit als voorbeeld categoriseert de arts de patiënt als vrouw.

De arts vervolgt direct met een diskwalificatie van zijn eigen voorbeeld: "ik roep maar wat wilds". Hiermee dekt hij zich indirect in tegen zijn als seksistisch te interpreteren voorbeeld met de wasmand. De patiënt beantwoordt de vraag zonder te reageren op deze verantwoording (regel 6). Hiermee behandelt zij deze verantwoording als niet relevant, in ieder geval niet op dat moment. Vervolgens stelt de arts een tweede vraag die andersom gepolariseerd is, namelijk of de pijn afneemt wanneer de patiënt ontspant (regel 10 en 11). Opnieuw doet hij dit aan de hand van een hypothetische situatie als voorbeeld. Nu gebruikt hij echter een aan de categorie man gebonden activiteit: voetbal kijken op de bank. Daarmee koppelt hij gegenderde activiteiten als ware los van sekse. Omdat de arts na het seksistische voorbeeld met de wasmand met dit 'progressieve' voorbeeld komt, is het te herkennen als een ontkenning van, of een indekking tegen het mogelijke verwijt dat hij seksistisch zou zijn. Zo construeert de arts in dit fragment uiteindelijk zowel het gender van de patiënt als zijn eigen identiteit als niet-seksistisch.

Hoewel de arts in fragment 1 actief bezig is met het nuanceren van zijn stereotypering van de vrouwelijke sekse komt hij later in het consult nog twee keer terug op het voorbeeld van de wasmand de trap op tillen. Deze uitingen zijn weergegeven in fragment 2 en 3.

Fragment 2 doet zich voor in de diagnostische fase van het consult. De arts legt hier aan de patiënt uit dat hij de klacht van de patiënt niet als zeer ernstig inschat. Fragment 3 vindt plaats tijdens de behandelfase van het consult. De arts geeft de patiënt tijdens deze fase advies over hoe zij in het vervolg om moet gaan met haar pijnklacht.

Fragment 2 (7.11)

- 1 A: Pijn aan het hart is (0.7) kortdurend °en aan inspanning gebonden°.
2 (1.2)
3 He dus op het moment dat je met inspanning meer last hebt (0.9) dan wordt >en op
4 op het moment dat je dan rust pakt< dan hoort het weer te verdwijnen.
5 (0.4)
6 → Dus je sjouwt je wasmand te trap op,
7 (0.3)
8 Halverwege krijg je pijn, je bent boven, je kwakt hem aan de kant, je gaat op de trap
9 zitten en het zakt met vijf minuten,
10 (0.3)
11 Kijk dat is de pijn wat ik da- dat is het soort pijn waar ik onrustig van word.

Fragment 3 (7.11)

- 1 A: >En u zult er< alert op moeten blijven.=
2 → =>Kijk als u< die pijn krijgt zoals ik dat met de wasmand beschre:ef;
3 (1.1)
4 Daar moet u aan de bel trekken;=
5 P: =Ja ja.

Door in zowel in fragment 2 (regel 6) en in fragment 3 (regel 2) weer gebruik te maken van het gegenderde voorbeeld met de categoriegebonden activiteit van het de trap oplopen met een wasmand, blijft het gender van de patiënt relevant door het consult heen. Hierbij valt op dat de patiënt in geen van de fragmenten expliciet reageert op het gebruik van categoriegebonden activiteiten als voorbeeld door de arts. Daarnaast reageert zij ook niet expliciet op de verantwoordingactie (“ik roep maar wat wilds”) van de arts in fragment 1. Hieruit blijkt dat zij de hypothetische situatie van het de trap optillen van een wasmand accepteert als voorbeeld. De arts kan dus in fragment 2 en 3 zonder risico te lopen opnieuw deze gender gebonden activiteit als voorbeeld gebruiken. Dat de arts zichzelf in fragment 1 corrigeert door op te merken dat hij maar wat wilds roept en door middel van het contrasterende voorbeeld (voetbal kijken op de bank) gebeurt dus niet omdat de patiënt hier een reden toe geeft.

Fragment 4 komt uit een ander consult met een andere arts en patiënt waarin het wederom de arts is die een categoriegebonden activiteit gebruikt als voorbeeld in een

hypothetische situatie om daarmee de klacht van de patiënt te verklaren. In dit geval doet de arts echter geen poging om zich te verantwoorden voor het gebruik van een stereotyperend voorbeeld. In dit consult zijn zowel de arts (A) als de patiënt (P) man. Fragment 4 vindt plaats in de fase waarin de arts de voorgeschiedenis van de klacht bevrageet. De arts vraagt de patiënt naar zijn ervaringen bij een neuroloog en legt de patiënt daarna uit wat het betekent dat hij is gediagnostiseerd met fibromyalgie. Hij geeft twee mogelijke verklaringen voor de klacht van de patiënt, namelijk een probleem in de energiehuishouding van de patiënt of het mogelijk te hoge stressniveau van de patiënt. Bij deze tweede verklaring begint fragment 4.

Fragment 4 (13.1)

- 1 A: Een andere verklaring voor fibromyalgie kan zijn van euh >dat je zegt van nou ja<
 2 euhm als je euh (1.2) continu onder stress leeft, >dus je dus je loopt continu< euh
 3 euhm met een net iets hoger stressniveau dan ben je als het ware continu ben je (.) net
 4 iets meer aangespannen?=
 5 =Omdat je (.) nou ja dat stresshormoon >is ervoor om te zorgen dat je< als er nu brand
 6 → uitbreekt dat je dan of kunnen vluchten (.) of dat als er nu euh euh VIJF gemaskerde
 7 → mannen binnenkomen dat we dan tegen ze kunnen knokken,
 8 >Dat we net even< dat extra dingetje hebben,=
 9 P: =["Ja°"]; ((knikt))
 10 A: → [Maar] als er dan brand is of mannen tegen te knokken en je hebt wel continu die
 11 spanning,=
 12 =Dan zijn die spieren continu aangespannen da- daar kunnen ze ook dan nog [euh].
 13 P: ["Ja ja°"],
 14 (0.4)
 15 A: Kan je pijnklachten kan je van geve:n;

Vergelijkbaar met fragment 1 gebruikt de arts hier ook een hypothetische situatie als voorbeeld om een de klacht van de patiënt te verklaren. In fragment 4 is het doel van deze hypothetische situatie om het nut van het stresshormoon uit te leggen aan de patiënt. Hiervoor gebruikt de arts de situaties dat het stresshormoon kan helpen bij het vluchten voor brand en bij het knokken tegen vijf gemaskerde mannen (regel 6 en 7). Met betrekking tot gendercategorisatie is vooral de tweede hypothetische situatie interessant aangezien vechten, of “knokken” zoals de arts het noemt, gezien kan worden als een categoriegebonden activiteit voor mannelijkheid. De arts categoriseert hiermee de patiënt als iemand die tegen vijf gemaskerde mannen zou knokken. Hiermee categoriseert hij de patiënt én zichzelf, aangezien hij het heeft over “we” (regel 7), als stereotype stoere mannen. Het feit dat de arts het heeft over vijf gemaskerde mannen, wat een grote overmacht is, versterkt deze categorisatie. De keuze voor de term knokken in plaats van vechten heeft daarentegen weer een verzachtend

effect op de intensiteit van de situatie. De patiënt reageert minimaal instemmend op het voorbeeld van de arts waarmee hij de uitleg van arts accepteert (regel 9).

Vervolgens herhaalt de arts de voorbeelden van de brand en het knokken om duidelijk te maken dat de hierbij horende spanning nadelig kan zijn voor de klacht van de patiënt of de klacht zelfs kan hebben veroorzaakt (regel 10). Door hetzelfde voorbeeld nogmaals te gebruiken behandelt hij de categorisatie van de patiënt als stoere man die tegen vijf gemaskerde mannen zou knokken als onproblematisch. Dit vormt een duidelijk contrast met fragment 1 waarin de arts zijn stereotyperende voorbeeld met de categoriegebonden activiteit van het tillen van de wasmand later compenseert met een op het gebied van gender contrasterend voorbeeld. In beide voorbeelden worden stereotyperende categoriegebonden activiteiten als voorbeelden gebruikt in een hypothetische situatie om de klacht van de patiënt te verklaren. Daarnaast gaan de patiënten in beide gevallen niet expliciet in tegen de categorisatie.

Fragment 5 vindt later plaats tijdens de bevraging van de voorgeschiedenis van de klacht in hetzelfde consult als fragment 4. In fragment 5 maakt de arts nogmaals gebruik van hypothetische situaties als voorbeeld om de klacht van de patiënt te verduidelijken.

Fragment 5 (13.1)

- 1 A: Want het lijkt nu voor jezelf alsof je continu pijnklachten hebt, >maar er zullen ook
2 momenten zijn< dat je minder pijnklachten hebt en dat je meer pijnklachten hebt dan
3 als je daar (.) een bepaald patroon in kunt ontdek- ontdekken, [he dat] je zegt van goh
4 P: [Ja ja;]
5 A: ik heb die pijnklachten vooral als ik euh --,
6 (0.6)
7 → of ik heb meer pijnklachten (1.2) als je naar je ↑schoonmoeder gaat, > ik noem maar iets<
8 → of als je naar je werk moet gaan, of je hebt minder pijnklachten als je vakantie
9 hebt of je hebt minder pijnklachten als je (3.2) kind weer naar school is of- -.
10 (0.6)
11 Dat je daar een bepaald patroon in kunt ontdekken.

De arts vraagt aan de patiënt of hij een patroon kan ontdekken in wanneer hij meer of minder pijnklachten heeft. Hiervoor gebruikt hij vier situaties als voorbeelden. Hij geeft als voorbeeld dat de patiënt meer pijn heeft wanneer hij naar zijn schoonmoeder gaat, wanneer hij naar zijn werk moet en minder pijn ervaart als hij vakantie heeft en als zijn kind weer naar school gaat (regel 7 t/m 9). Met de hypothetische situatie dat de patiënt meer pijn heeft wanneer hij naar zijn schoonmoeder gaat categoriseert de arts schoonmoeders op een negatieve manier. Hij insinueert hier namelijk mee dat de patiënt gestrest raakt en dus meer

pijn krijgt wanneer hij naar zijn schoonmoeder gaat. Deze negatieve connotatie van schoonmoeders is een stereotype binnen onze cultuur. Hier wordt echter niet het gender van de patiënt gedaan aangezien zowel mannen als vrouwen stereotypisch gezien gestrest raken van hun schoonmoeder.

Het vierde voorbeeld heeft echter wel direct betrekking op de patiënt. De arts gebruikt de hypothetische situatie van wanneer het kind van de patiënt weer naar school gaat ter voorbeeld bij het minder ervaren van pijnklachten (regel 9). De categorisatie *kind* behoort tot het device ‘familie’. De patiënt kan hierdoor in navolging van de hearers maxim (Stokoe, 2012) begrepen worden als behorend tot dezelfde familie. Wat de arts hiermee bereikt is dat hij de patiënt categoriseert als vader. Door de hypothetische situatie van het kind van de patiënt dat weer naar school gaat te gebruiken als voorbeeld te gebruiken categoriseert de arts kinderen als stressopwekkend voor de patiënt. De arts categoriseert de patiënt hier dus niet enkel als man maar ook als man die zijn kind als belastend ziet. Hiermee bevestigt de arts een in onze cultuur stereotype beeld van mannen als norse vaders ten opzichte van vrouwen als zorgzame moeders. In lijn met de eerdere categorisatie door de arts van de patiënt als man die met vijf gemaskerde mannen zou knokken, categoriseert de arts zijn patiënt dus nogmaals op een stereotype mannelijke wijze.

Wat blijkt uit het patroon van de hypothetische situatie is dat gendercategorisatie tijdens huisartsconsulten gebeurt bij het schetsen van hypothetische situaties waarmee de klacht van de patiënt uitgevraagd of verklaard kan worden. Artsen schetsen deze situaties op een genderspecifieke manier. Hierdoor zijn de situaties goed herkenbaar voor de patiënt en kan de patiënt zich deze situaties dus makkelijk inbeelden. Echter zijn deze situaties daardoor wel rolbevestigend. De patiënt wordt op een stereotyperende manier gecategoriseerd op basis van zijn of haar gender. Het gender van de patiënt wordt hiermee relevant gemaakt in relatie tot de klacht terwijl hier medisch gezien geen reden toe is. Zo is er bijvoorbeeld in het geval van fibromyalgie (fragment 4 en 5) geen reden om aan te nemen dat de klachten gerelateerd zijn aan het gender van de patiënt.

Sectie 2: gendercategorisatie in relatie tot de klacht

In sectie 2 doet de patiënt gendercategorisatie wanneer zij een kandidaatdiagnose stelt of wanneer zij haar gender als relevant voor haar klacht stelt. Hieraan is de naam ‘de gegenderde verklaring’ gegeven. Hierbij gebruiken de in deze gevallen vrouwelijke patiënten het aan het vrouwelijk gender gebonden predicaat *de overgang* als verklaring voor de klacht. Een categorisatie middels het predicaat *de overgang* valt onder het device ‘seksespecifieke

symptomen' en onder 'aan levensfase gerelateerde sekse'. De patiënten koppelen hiermee hun klacht dus aan hun sekse en aan hun leeftijd. Een eerste geval waarin dit voorkomt is fragment 6. Fragment 6 vindt plaats tijdens de behandelingsfase van een consult waarin zowel de arts (A) als de patiënt (P) vrouw zijn. De reden waarom de patiënt naar de huisarts gaat is dat zij al een week lang hoofdpijn heeft en dat zij hierbij ook misselijk is. De arts stelt dat dit kan komen door een verstopping van de holtes of door een vastzittende nek. Zij raadt de patiënt daarom aan om een neusspray te blijven gebruiken. Hoewel de patiënt in eerste instantie genoeg lijkt te nemen met deze diagnose en dit behandelvoorstel benadrukt zij nogmaals dat zij zich zorgen maakt om de hoofdpijn.

Fragment 6 (4.8)

- 1 P: >Daar [gaat] het niet om< maar ik was even benauwd (.) voor die misselijkheid [en ik] toen ik
2 A: [ja] [JA JA]
3 P: gisteravond op de kop stond dat ik dacht van ik kwam overeind en toen kwam het weer zo van (1.2)
4 <wow dat is niet fijn>;=
5 A =Ja ja ja [maar dat]
6 P: [Een beetje] onrustig word ik [dan];
7 A: [Ja:]dat snap ik [snap ik;]
8 P: → [Ik ben ook] al weer een beetje met mijn
9 → hormo:nen bezig dus dan heb je ook al zoiets van oh °alstublieft°;
10 Ja daar word ik gewoon on↑zeker [onder],
11 A: [Ja];
12 P: → Ik weet wel dat ik in die fase zit en (.)ja, uh het zal wel, ma:ar >dan alles bij elkaar<
13 dan wordt het >op een gegeven moment effe zoiets van< rustig [aan en eh]
14 A: [Ja ja] ja ja
15 maar het, ja <het kan bij bij die hoofd[pijn passen] en eh>.
16 P: [ja: oké],
17 P: Ja goed?
18 A: GOED?
19 P: Ja ik vind het goed dan euhm (.) gaan we daarmee door,

De patiënt benadrukt dat zij zich benauwd voelt door de misselijkheid die zij voelt bij haar hoofdpijn (regel 1). Deze misselijkheid doet zich vooral voor wanneer de patiënt opstaat. Daarnaast benoemt zij dat zij hier onrustig van wordt (regel 6). De patiënt geeft als uitbreiding bij deze onrust aan dat zij “bezig” is met haar hormonen. Ze herhaalt daarna dat ze dat ze daar (haar hormonen) onzeker van wordt (regel 10). De patiënt maakt hiermee duidelijk dat dit hormonale probleem, dat naar haar idee een oorzaak is van haar onrust, iets is waar zij zich onzeker over voelt. De arts geeft hier echter maar een minimale respons op door enkel te reageren met “ja” (regel 11).

Als uitbreiding op het bezig zijn met de hormonen geeft de patiënt aan dat zij weet dat zij ‘in die fase zit’ (regel 12). Hoewel het niet expliciet benoemd wordt kan uit de leeftijd van de patiënt en het benoemen van de hormonen afgeleid worden dat de patiënt met “die fase” doelt op de overgang. Zij brengt de overgang hiermee ter sprake als een nieuw relevant aspect in relatie tot de klacht. Misselijkheid is een klacht die vaak voorkomt bij vrouwen die in de overgang zijn. Door te benoemen dat ze weet dat ze “in die fase zit”, lijkt de patiënt zich in te dekken tegen het afdoen van haar klacht als enkel een overgangsverschijnsel. De patiënt benadrukt hiermee dat haar misselijkheid naar haars inziens niet enkel verklaard kan worden middels de overgang.

Hoewel de arts eerst lijkt in te stemmen met de verklaring van de patiënt (“ja ja ja ja”) gaat zij niet verder in op de relatie tussen de overgang en de klacht van de patiënt. Als reactie op de uiting van de patiënt waarin zij de overgang benoemt als mogelijk relevant voor haar klacht geeft de arts een alternatieve reden voor de ongerustheid van de patiënt, namelijk dat dit allemaal gerelateerd kan zijn aan haar hoofdpijnklaag (regel 15). Het consult wordt hierdoor dus niet verder betrokken op het gender van de patiënt. De patiënt accepteert de conclusie van de arts dat de ongerustheid met de hoofdpijn kan samenhangen (regel 16). Het consult loopt daarna ten einde wanneer de patiënt instemt met de niet aan gender gerelateerde diagnose van de arts om door te gaan met de huidige behandeling.

Fragment 7 komt uit een volgend consult waarin wederom een vrouwelijke patiënt (P) haar gender als relevant stelt bij haar klacht. De mannelijke arts (A) betreft het consult in dit geval wel op het gender van de patiënt door verder te vragen naar de ideeën van de patiënt over aanwijzingen voor de overgang. Fragment 7 vindt plaats tijdens de probleempresentatiefase van het consult. De patiënt geeft in dit consult als reden om naar de huisarts te gaan dat zij is flauwgevallen. Het fragment begint wanneer de arts benoemt dat het feit dat haar suikerwaardes soms verschillen, passend is bij het feit of ze net gegeten heeft of niet.

Fragment 7 (7.6)

- 1 A: ja dat is wat het doet he dus dat die nuchtere: > of die niet-nuchtere< suiker (.) die mag
2 euh (.) die mag dat soort dingen doen;=
3 P: → =Ja (.) maar nou val ik wel va:ker flauw en nou is het misschien eh is mijn voorstel is
4 → om een keer te (.) te checken op euh overgang of zo;
5 (1.5)
6 Ja >ik weet niet< maa:r,=
8 A: =Heb je daar verder aanwijzingen voor (.) dat je in de overgang bent;

De arts bevestigt dat de suikerwaardes van de patiënt niet afwijkend zijn. Hiermee impliceert hij dat het flauwvallen van de patiënt niet veroorzaakt wordt door afwijkende suikerwaardes. Zoals de patiënt aangeeft verliest zij ondanks dat haar goede suikerwaardes vaker het bewustzijn (regel 3). Zij stelt daarom voor dat zij misschien gecontroleerd moet worden op de overgang. Hiermee geeft zij een aan gender gerelateerde kandidaatdiagnose voor het flauwvallen, namelijk dat dit veroorzaakt wordt door de overgang. Zoals eerder vermeld is de overgang een predicaat voor de categorie *vrouw*. De patiënt categoriseert zichzelf in dit geval dus als vrouw en wat resulteert in dat zij middels deze kandidaatdiagnose gender relevant maakt in relatie tot haar klacht. Zij geeft hiermee aan dat zij verwacht dat het flauwvallen gerelateerd is aan haar sekse. De patiënt is echter zeer terughoudend in het stellen van deze kandidaatdiagnose. Dit blijkt uit haar tentatieve formulering van het voorstel om zich te laten testen op de overgang (“misschien eh is mijn voorstel”, regel 3) en uit “ja ik weet niet maar” waarmee zij de gevoeligheid van het stellen van een kandidaatdiagnose benadrukt (regel 6).

De arts vraagt door over de kandidaatdiagnose door aan de patiënt te vragen of zij nog andere aanwijzingen heeft dat zij in de overgang is (regel 8). Hiermee gaat hij mee met de categorisatie van de patiënt als vrouw en wordt het gender van de patiënt het leidende construct binnen dit consult. Volgend op fragment 7 bespreken de arts en patiënt meerdere aan de overgang gerelateerde onderwerpen, zoals het krijgen van grijs haar. Later in het consult, in de fase waarin de arts de voorgeschiedenis van de klacht bevraagt, stelt de arts voor aan de patiënt om uit te leggen wat een test op de overgang inhoudt. Dit toont aan dat gender van de patiënt nog steeds als relevant wordt gezien in relatie tot de klacht van de patiënt.

Fragment 8 en 9 komen uit een consult met een andere arts en patiënt. In dit fragment zijn zowel de arts (A) en de patiënt (P) allebei vrouw. Hier is het wederom de patiënt die een aan gender gerelateerde verklaring geeft voor haar klacht. In dit geval vindt zij instemming bij de arts in het feit dat haar gender relevant is bij haar klacht. Fragment 8 vindt plaats tijdens de probleempresentatiefase van het consult. Voorafgaand aan fragment 8 vertelt de patiënt dat zij pijn heeft aan haar rechterborst. Zij denkt dat dit aan haar spieren ligt en benadrukt de ernst van haar klacht door te benoemen dat de pijn maar niet over lijkt te gaan en dat ze af en toe een verdikking voelt. Fragment 8 begint wanneer de patiënt vertelt waar zij deze verdikking voelt.

Fragment 8 (4.1)

- 1 P: Tussen de afscheiding borst oksel gedee:lte.=
2 A: =ja=
3 P: =dan is ie weer weg ik voel geen echte bult zitten maar (.) het zit me niet lekker >het zit
4 niet< euh.
5 (0.4)
6 → Ik ben zevenenveertig (.) en ik ben (.) ik (.) denk (.) bijna zeker in de overgang gez[ien];
7 A: [Ja.]
8 P: → Tenminste in de overgangsfase >ik zweet me een< tierelie:r en euh euh (2.1) <wordt
9 wat zwaarder in het gewicht>.
10 (0.5)
11 Ik denk dat dat [allemaal wel mee te ma:ken heeft].
12 A: [Ja ja mee te maken heeft] >ja<;

De patiënt legt aan de arts uit waar zij soms een bult voelt onder haar oksel. Hoewel deze bult soms weg is en niet echt voelt als een echte bult beangstigt het de patiënt genoeg om hiervoor naar de huisarts te gaan. Hoewel zij dit niet expliciet noemt, lijkt zij hiermee te suggereren dat zij zich zorgen maakt over de mogelijkheid dat zij borstkanker heeft.

Borstkanker kan gezien worden als een predicaat van de categorie vrouw. De patiënt oppert hiermee de mogelijkheid dat haar klacht aan haar sekse gerelateerd is. Vervolgens breidt de patiënt haar probleempresentatie uit door te benoemen dat ze bijna zeker weet dat ze in de overgang zit (regel 6). Door het benoemen van het aan het vrouwelijk gender verbonden predicaat overgang categoriseert de patiënt zichzelf hier als vrouw. In regels 8 en 9 geeft zij redenen waarom zij denkt dat ze in de overgang zit, namelijk dat ze veel zweet en zwaarder wordt. De patiënt geeft aan dat zij verwacht dat het zweten en zwaarder worden te maken heeft met de overgang (regel 11). Zij legt hierbij de nadruk op “denk” waarmee zij aangeeft dat zij hier niet zeker van is, wat resulteert in dat zij haar kandidaatdiagnose op een terughoudendere manier presenteert. De arts wijst de gegenderde kandidaatdiagnose van de patiënt niet af wat blijkt uit dat zij tweemaal instemt met de patiënt (“ja ja”) en herhaalt dat het er inderdaad allemaal mee te maken kan hebben.

Later in het consult, in fragment 9, blijkt nog duidelijker dat de arts instemt met de kandidaatdiagnose wanneer zij doorvraagt naar vrouwen in de naaste omgeving van de patiënt. Hiermee toont zij aan dat zij het gender van de patiënt als relevant ziet bij het verklaren van haar klacht. Fragment 9 vindt plaats tijdens de bevraging van de voorgeschiedenis van de klacht.

Fragment 9 (4.1)

- 1 P: En het zit ook niet bij mij in de familie of in mijn naaste om[geving] die dat(1.2) [dat]
2 A: [Oke] [ja]
3 P: >mee heeft gemaakt;<=
4 =>Dus dat< er is geen LINK laat ik zo zeggen.
5 (0.4)
6 A: → Nee oke, dus er zijn, ik begrijp dus geen vrouwen in je omgeving die eeh (1.2) die dus
7 [borst]kanker [hebben] of [gehad] hebben;
8 P: [Nee] [nee] [nee]

De patiënt benoemt dat er geen vrouwen in haar omgeving zijn die “dat” (borstkanker) hebben gehad waarna zij hierop doorgaat door te benoemen dat er naar haar idee dus geen link is tussen haar familie of naasten en haar klacht. De arts reageert hierop door ter verduidelijking expliciet te vragen of er geen vrouwen in de omgeving van de patiënt zijn die borstkanker hebben gehad (regel 6). Door in te gaan op het onderwerp borstkanker toont de arts aan dat zij de kandidaatdiagnose van de patiënt accepteert als mogelijke oorzaak voor de klacht van de patiënt. Dat zij deze diagnose accepteert wordt nogmaals bevestigd doordat de arts later de borsten van de patiënt fysiek onderzoekt. Verder gaat de arts mee met de met de patiënt in haar categorisering als vrouw wanneer zij de patiënt vergelijkt met andere vrouwen in haar omgeving (regel 6 en 7). Hiermee behandelen zowel de arts als de patiënt de klacht als een seksespecifieke klacht.

Wat uit de gegenderde verklaring blijkt op het gebied van gendercategorisatie tijdens huisartsconsulten is dat vrouwelijke patiënten gendercategorisatie doen wanneer zij hun klacht koppelen aan hun sekse. Bij het verklaren van hun klacht maken deze patiënten hun gender en leeftijd relevant. De overgang is namelijk een predicaat voor vrouwelijkheid en dan specifiek voor vrouwen van middelbare leeftijd. Het valt dus onder zowel het device ‘seksespecifieke klacht’ als onder ‘aan levensfase gerelateerde sekse’.

Bij bepaalde klachten kunnen vrouwelijke patiënten zich ervan bewust zijn dat hun klachten gezien worden als resultaat van de overgang. Door zelf te erkennen dat ze zich ervan bewust zijn dat ze in de overgang zijn dekken de patiënten zich in tegen dat hun klacht enkel wordt afgedaan als effect van de overgang. Dit kan gezien worden als een poging van de patiënt om ervoor te zorgen dat de arts haar klacht serieus neemt.

Het stellen van een kandidaatdiagnose is echter een gevoelig punt tijdens huisartsconsulten. De kandidaatdiagnose wordt daarom op een terughoudende wijze gepresenteerd. Hoe de arts hierop reageert bepaalt in zekere mate in hoeverre gender als relevant onderwerp wordt gezien in relatie tot de klacht in het verloop van het consult.

Wanneer de arts de verklaring of kandidaatdiagnose van de patiënt niet in accepteert dan wordt het consult verder niet betrokken op het gender van de patiënt. Wanneer de arts echter meegaat in de kandidaatdiagnose dan blijft gender een relevant onderwerp in relatie tot de klacht gedurende het verloop van het consult.

Sectie 3: gendercategorisatie tijdens smalltalk

In sectie 3 wordt het patroon van de gegenderde smalltalk verduidelijkt. Hier wordt gendercategorisatie gedaan tijdens smalltalk tijdens het consult. Fragment 10 en 11 komen uit een consult waarin zowel de arts (A) als de patiënt (P) man zijn. Tijdens deze fragmenten initieert de arts smalltalk over een categoriegebonden activiteit voor de categorie *man*. Voorafgaand aan fragment 10 bespreken de arts en patiënt de vakantie van de patiënt waarvan hij net terug is. Tijdens deze vakantie heeft de patiënt meegedaan met waterpolo. Hier heeft hij pijn aan zijn schouder aan overgehouden. Fragment 10 vindt plaats tijdens de probleempresentatiefase van het consult en begint wanneer de patiënt het meedoen met waterpolo ter sprake brengt.

Fragment 10 (9.6)

- 1 P: En, m'n schouder euh hehe (.) ik heb meegedaan met waterpolo,
2 A: Waterpolo (1.3) heb je dat ooit ook gedaan?=
3 P =Nee↓ hehehe[heha],
4 A: [want] dat is één van de zwaarste sporten überhaupt man,
5 (.)
6 Ik heb een keer gewaterplood ik ging dood man,=
7 P: =Elke dag [een uur;]
8 A: [Het is] zwaa::r man?

De patiënt geeft als mogelijke oorzaak voor de pijn in zijn schouder dat hij heeft meegedaan aan waterpolo. Na het gesprek over de vakantie van de patiënt probeert de patiënt zijn klacht aan te kaarten. Hij doet hiermee een poging om het gesprek te betrekken op zijn klacht en daarmee binnen het medisch kader te treden. De arts gaat hier niet in mee. In plaats van door te vragen over de klacht van de patiënt vraagt hij namelijk door over de eerdere ervaring van de patiënt met waterpolo. De patiënt reageert hierop door te benoemen dat hij dit nog nooit eerder heeft gedaan. De arts benoemt daarna dat waterpolo een van de zwaarste sporten is en dat hij ooit ook heeft meegedaan met waterpolo (regel 4). Hij benadrukt hoe zwaar de sport is door te benoemen dat hij “dood” ging toen hij het deed en dat het zwaar is (regel 6 en 8). Deze regels waarin de arts over zijn ervaring met waterpolo praat sluit hij

steeds af met de categorisatie *man*. *Man* is in deze gevallen een tussenwerpsel en lijkt door de arts gebruikt te worden als een stopwoordje. Het vervult dan ook geen grammaticale functie binnen de zin. Het consult neemt hierdoor echter wel een gegenderde lading aan. Door de toevoeging van de categorisatie *man* categoriseert de arts zijn patiënt namelijk op een mannelijke wijze. Daarnaast verandert het contact tussen arts en patiënt in dit fragment in smalltalk over waterpolo wat veelal nog wordt gezien als een categoriegebonden activiteit voor mannelijkheid.

De patiënt gaat in fragment 10 mee met de richting die de arts heeft ingeslagen wanneer hij, nadat de arts heeft benadrukt hoe zwaar waterpolo is, benoemt dat hij het elke dag een uur heeft gedaan (regel 7). Hij draagt hiermee bij aan de smalltalk over de categoriegebonden activiteit *waterpolo*. Daarnaast toont hij geen reactie op categoriserende aanspreekmanier van de arts (*man*) in regels 4, 6 en 8. Volgend op fragment 10 maakt de patiënt weer aanstalten om het consult te betrekken op zijn pijnklacht door niet verder in te gaan op de intensiteit van waterpolo maar door dieper in te gaan op de pijn in zijn schouder. De smalltalk tussen de arts en patiënt eindigt hier aangezien de arts zich hierna richt op het bevragen van de voorgeschiedenis van de klacht.

Net als in fragment 10 is het in fragment 11 wederom de arts die start met smalltalk met de patiënt. In dit geval is het onderwerp van de smalltalk de categoriegebonden activiteit *krachtsport*. Hoewel de arts in fragment 10 ook al smalltalk startte, was dit van korte duur en was de bijdrage van de patiënt minimaal. In fragment 11 komt het sociale aspect sterker naar voren en heeft de patiënt hier ook een grotere bijdrage aan. Fragment 11 vindt plaats tijdens de behandel fase van het consult. De arts geeft de patiënt hier advies over welke soort oefeningen hij het beste kan gaan doen. De patiënt bespreekt hierbij met de arts welke oefeningen hij nu al doet. Fragment 11 begint bij dat de patiënt vertelt op welk gewicht hij het roeiapparaat gebruikt.

Fragment 11 (9.6)

- 1 P: Dus ik doe (.) setjes allemaal van twintig (1.2) en ja voor mij 30 kilo is dan niet zwaar.
 2 (0.9)
 3 → Voor heel veel jongens wel (2.4) er komt een derde bij hè (2.2) >en die doe ik dan<=
 4 A: → =>Het is wel opvallend< dat zelfs de gro:te jongens >die dan< hè (.) het lukt ze dan, dit
 5 lukt ze maar op het moment dat ze dit moeten doen bijvoorbeeld <dan kunnen ze niks
 6 meer>;
 7 (.)
 8 P: Ja maar dan moet (.) dan denken ze van dan pak ik [ook dertig kilo,]
 9 A: [ja nee maar dan]
 10 [ga je oh,]

11 P: [Dan hebben ze pijn,]
12 (.)
13 A: >Dan ga je helemaal stuk joh.<
14 (.)
15 P: Nee maar er zijn ook jo- ik zit af en toe zo te lachen hè >dat is gewoon niet normaal.<=
16 → =dan komen er jongens dat zijn van krachtpatsers (.) je bent al groot (0.6) door die
17 spullen die je gebruikt (1.8) en dan spuit je nog meer;
18 (0.5)
19 En dan proberen ze nog groot te doen, maar dan lopen ze erbij nog te SCHREEUWEN,
20 (.)
21 HNNNG HNNNG;
22 (.)
23 → Ja ik schiet dan keihard in de lach he (.) en dan kijk ik ze ook aan hè hahaha,
24 (.)
25 Nee het spijt me geweldig >dat moet je bij mij niet doen,<
26 (5.3)
27 Euhm qua pijnstilling (0.5) die Naproxen stel dat ik pijn heb (.) kan ik gewoon slikken?=
28 A: =Ja >heb je nog in huis<?

Aanvankelijk is de patiënt bezig met het beschrijven van welke oefeningen hij doet. Dit draagt bij aan de behandeling van zijn klacht aangezien de arts hem hierover kan adviseren. De patiënt benoemt bij de beschrijving van zijn activiteiten in de sportschool dat 30 kilo voor hem niet zwaar is maar dat dit wel zwaar is voor veel andere “jongens” (regel 3). Met het label “jongens” categoriseert de patiënt naast deze andere mannen zichzelf ook. Hij vergelijkt deze jongens die geen 30 kilo kunnen gebruiken namelijk indirect met zichzelf (hij is zelf een *sterke man* omdat hij dit wel kan). De arts reageert hierop door wederom uit het medisch kader te stappen (regel 4). In plaats van verder te gaan over het effect van de oefeningen op de pijnklachten van de patiënt, betreft de arts het consult op andere mannen die bepaalde oefeningen niet kunnen doen. Hij gebruikt hierbij net als de patiënt de categorisatie *jongens*.

Met deze vergelijking tussen de patiënt en de andere “jongens” is het contact tussen arts en patiënt weer overgestapt naar smalltalk over krachtsport. De patiënt gaat hier wederom in mee en stapt af van het onderwerp van zijn eigen oefeningen en breidt zijn verhaal over de andere “jongens” in de sportschool uit (regel 8 en 11). Vervolgens schetst de patiënt een andere situatie in de sportschool. Hier heeft hij het niet meer over andere mannen die zwakker zijn dan hem maar juist over mannen die hij beschrijft als “krachtpatsers” (regel 15). Hierover vertelt hij dat deze krachtpatsers zulke zware oefeningen doen dat ze het uitschreeuwen (regel 19). Hij vertelt dat hij dan keihard in de lach schiet en ze dan ook aankijkt (regel 23). Hij zet zichzelf hier als man af tegen dit soort krachtpatsers, maar door te benoemen dat hij ze dan

ook aankijkt toont hij ook geen zwakte ten opzichte van deze krachtpatser. Hiermee doet de patiënt gender op een manier waarop hij aangeeft dat hij geen krachtpatser' maar juist een verstandige man is.

Vervolgens treedt de patiënt, wanneer hij niet direct een reactie krijgt van de arts zoals te zien aan de lange pauze (regel 26), weer binnen het medisch kader. Hij betreft het consult namelijk weer op zijn medicatie (regel 27). De arts stapt ook af van het gegenderde onderwerp krachtsport en de andere mannen en vraagt de patiënt naar welke medicijnen hij nog thuis heeft. Hiermee eindigt de smalltalk. De verhouding tussen de twee gesprekspartners verandert hier weer van mannen-onder-elkaar naar een verhouding tussen arts en patiënt.

Fragment 12 toont een vergelijkbare situatie als in fragment 10 en 11. Hier is het echter de patiënt die met een categoriegebonden activiteit smalltalk start met de arts. In dit geval gebeurt dit in een consult waarin zowel de arts (A) als de patiënt (P) vrouw is. Fragment 12 vindt plaats tijdens de bevraging van de voorgeschiedenis van de klacht. De patiënt is in dit geval naar de huisarts gegaan met een psychisch probleem, Voorafgaand aan het consult benoemde de patiënt dat hoewel de arts aangaf dat zij geen therapeut is, zij "ontzettend veel heeft" aan de hulp van de huisarts.

Fragment 12 (18.1)

- 1 P: °En dan heb ik nog hier° (.) oh even iets heel leuks,
2 A: Hmhm;
3 (.)
4 P: Als je eens iets heel leuks wil doen met een paar vrouwen hooguit met z'n vie:ren (?)
5 die geeft om een uur 's middags (plaats) daar woont ze?
6 (1.5)
7 A: Dit,= (wijst naar papier op tafel)
8 P: =Naam nee naam (naam derde persoon) die woont daar en dan geeft ze (0.6) een
9 workshop en high tea voor 25 euro. (Lacht)
10 (.)
11 A: 25 euro;=
12 P: =Van een tot vijf;
13 (.)
14 A: Ja.=
15 P: =Een feestje (.) >ze maakt alle dingen zelf< (2.3) je gaat ook iets schilderen (.) je staat
16 daarbuiten of in de schuur,
17 (.)
18 °Helemaal geweldig° pra:chtige omgeving;
19 (1.2)
20 A: Nou oke (.) [°dat is leuk voor je°.]
21 P: [Nou dat is] echt (.) dat moet je onthouden;
22 (1.5)
23 En ik hoorde op radio Gelderland (2.2) vakopleiding (.) officiële vakopleiding

24 °iconenschilderen°. =

25 A: =>Ga je dat doen?< (arts kijkt op van papier en richt zich tot de patiënt)

Terwijl de arts nog met de patiënt in overleg was over haar behandelmethode stapt de patiënt plotseling af van dit onderwerp door te benoemen dat zij nog iets heel leuks heeft (regel 1). De arts reageert hier minimaal op (hmm). Vervolgens geeft de patiënt de arts een tip voor als zij ook iets leuks wil gaan doen (regel 4). Zij raadt de arts aan om samen met een paar vrouwen naar een persoon te gaan die een workshop en high tea geeft. De patiënt initieert hiermee smalltalk met de arts over een genderrelevant onderwerp: high tea. High tea is een gendergebonden activiteit, wat expliciet gemaakt wordt met “met een paar vrouwen”. Hierbij neemt de patiënt aan dat de vrouwelijke arts dit ook leuk zal vinden omdat de patiënt als vrouw heeft genoten van deze activiteit.

In tegenstelling tot fragment 11 waar beide gesprekspartners smalltalk deden, is het hier enkel de patiënt die een poging doet tot smalltalk. De arts reageert in fragment 12 namelijk maar minimaal op de tip over de high tea. De arts verwijst enkel kort naar een papertje waar de naam van de organisator op staat (regel 7). Daarnaast herhaalt ze de prijs (regel 11) en reageert ze minimaal met een enkele “ja” wanneer de patiënt de begin- en eindtijd van de high tea herhaalt (regel 14). Zij vraagt niet door over de high tea en lijkt geen interesse te tonen om eraan deel te nemen. Dit blijkt vooral uit ‘dat is leuk voor je’ waarmee de arts enkel tegen de patiënt zegt dat het leuk voor haar is dat zij hier zo van genoten heeft (regel 20).

De patiënt benadrukt nogmaals dat de arts het wel moet onthouden en vertelt daarna dat zij op de radio iets had gehoord over een cursus iconenschilderen (regel 23 en 24). Uit het consult blijkt dat de patiënt als doel heeft om werk te vinden en dat dit haar ook zou kunnen helpen bij het oplossen van haar woedeprobleem. De arts reageert hier enthousiast op (regel 25). Haar houding verandert ook wanneer zij zich opricht van een papier voor haar en de patiënt aankijkt. Zij reageert op deze uiting over de cursus door aan de patiënt te vragen of zij deze cursus gaat volgen. Hiermee betreft de arts het consult weer op een onderwerp dat bijdraagt aan de behandeling voor de klachten van de patiënt. Zij beëindigt hiermee de poging tot smalltalk van de patiënt.

Wat blijkt uit de gegenderde smalltalk is dat zowel artsen als patiënten gendercategorisatie doen wanneer zij smalltalk starten tijdens het consult. Het onderwerp van deze (poging tot) smalltalk is een categoriegebonden activiteit die past bij het gender van de arts en patiënt. De arts en/of de patiënt zoeken hiermee herkenning bij de ander middels een

gedeelde interesse die gerelateerd is aan hun gender. Bij een mannelijke arts en patiënt is dit bijvoorbeeld de gender gebonden activiteit *krachtsport* en bij een vrouwelijke arts en patiënt bijvoorbeeld de activiteit *high tea*. Met deze smalltalk wordt gewerkt aan de sociale relatie tussen de arts en patiënt.

In hoeverre het initiëren van smalltalk over een categoriegebonden activiteit succesvol is, is afhankelijk van in hoeverre beide gesprekspartners ingaan op het onderwerp en dus uit het medisch kader stappen. Wanneer zowel de arts als de patiënt participeren aan de smalltalk kan dit de verhouding tussen hen beïnvloeden. Zoals aangetoond in fragmenten 10 en 11 kan smalltalk resulteren in dat de verhouding tussen arts en patiënt verandert naar een meer symmetrische verhouding. Hier suggereert de interactie tussen de arts en patiënt een mannen-onder-elkaar-gevoel. In fragment 12 is er echter geen vrouw-tot-vrouw-gevoel observeerbaar. Hier ging de arts namelijk niet in op de poging van de patiënt tot smalltalk. Gendercategorisatie wordt dus gedaan in smalltalk over categoriegebonden activiteiten tijdens huisartsconsulten maar het effect hiervan op de verhouding tussen arts en patiënt is afhankelijk van de inbreng in de smalltalk door beide gesprekspartners.

Conclusie

Het huidige onderzoek was gericht op gendercategorisatie tijdens patiënt-huisartsconsulten. De analyse van meerdere consulten heeft inzicht geboden in hoe zowel artsen als patiënten gendercategorisatie doen tijdens het consult. Ten eerste is met een kwantitatieve analyse onderzocht hoe vaak, wanneer en middels welke devices huisartsen en patiënten gendercategorisaties doen tijdens het consult. Uit de kwantitatieve analyse bleek dat gendercategorisatie veel voorkomt tijdens patiënt-huisartsconsulten. Hierbij valt op dat deze uitingen vooral gedaan werden tijdens de bevraging van de voorgeschiedenis van de klacht. Daarnaast bleek uit de analyse dat een groot deel van de categoriserende uitingen vielen onder de devices ‘familie’ en ‘biologische sekse’. Wanneer er gender gedaan werd dan hadden de categoriserende uitingen dus vaak betrekking op het gender van iemand uit de familie van de patiënt of arts of werd een persoon die relevant was voor het consult beschreven op basis van zijn of haar biologische sekse. Daarnaast bleek uit de analyse dat meer dan de helft van de categoriserende uitingen gedaan werden door vrouwelijke deelnemers aan de consulten en dat bijna driekwart van de categorisaties werden gedaan door de patiënt.

Ten tweede is onderzocht wat de aanleiding is en wat de effecten zijn van gendercategorisatie in de interactie tussen huisarts en patiënt. Hiervoor is de methode van MCA gevolgd. Er zijn drie patronen van gendercategorisatie gevonden: de hypothetische situatie, de gegenderde verklaring en de gegenderde smalltalk. De hypothetische situatie houdt in dat huisartsen hun patiënt categoriseren tijdens het schetsen van een hypothetische situatie waarmee de arts de klacht van de patiënt probeert te verklaren. Artsen doen dit middels een aan het gender van de patiënt gebonden activiteit. Hoewel de patiënt zich hier makkelijk in kan herkennen zijn dit soort voorbeelden wel genderrolbevestigend. Het gender van de patiënt wordt hiermee relevant gemaakt tijdens het consult terwijl hier medisch gezien vaak geen reden toe is.

De gegenderde verklaring houdt in dat vrouwelijke patiënten gendercategorisatie doen wanneer zij hun klacht koppelen aan of proberen te verklaren middels hun sekse. Hiermee maken zij hun gender relevant voor het verklaren van hun klacht. Dit gebeurt vaak middels het aan de categorie *vrouw* gebonden predicaat *de overgang*. Hoewel het stellen van een kandidaatdiagnose een gevoelig punt kan zijn tijdens huisartsconsulten, kan de patiënt door te benoemen dat ze zich ervan bewust is dat ze in de overgang is, zichzelf indekken tegen dat haar klacht enkel wordt afgedaan als een effect van de overgang. In hoeverre de arts meegaat in de relatie tussen het gender van de patiënt en haar klacht beïnvloedt in hoeverre het gender van de patiënt een relevant gespreksonderwerp blijft tijdens het consult.

De gegenderde smalltalk houdt in dat patiënten en arts gendercategorisatie doen wanneer zij samen smalltalk hebben tijdens het consult. Tijdens deze smalltalk wordt het consult betrokken op een categoriegebonden activiteit die passend is bij het gender van de arts en patiënt. Hiermee wordt herkenning gezocht bij de gesprekspartner via een gedeelde, bij hun gender passende, activiteit. Met deze smalltalk wordt uit het medisch kader gestapt en wordt er meer gewerkt aan de sociale relatie van de arts en patiënt dan aan het diagnosticeren van de klacht van de patiënt. Wanneer beide gesprekspartners actief meedoen aan de smalltalk kan dit de relatie tussen arts en patiënt beïnvloeden. De asymmetrische verhouding tussen arts en patiënt kan tijdens de smalltalk veranderen in een meer symmetrische vriendschappelijke verhouding.

Discussie

Het huidige onderzoek had als doel om inzicht te bieden in het voorkomen en de effecten van gendercategorisatie tijdens patiënt-huisartsconsulten. Hiervoor is zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Uit de kwantitatieve analyse bleek dat in een groot deel van patiënt-huisartsconsulten door zowel de arts als de patiënt gendercategorisatie wordt gedaan. Gendercategorisatie kwam meerdere keren voor in deze consulten. Meer dan de helft van deze categorisaties vielen echter onder de devices ‘familie’ ‘partner’ en ‘vriendschappelijke relatie’. Deze categorisaties hadden betrekking op een derde persoon buiten het consult. Hoewel hiermee indirect ook een persoon binnen het consult gecategoriseerd kan worden (wanneer de patiënt bijvoorbeeld iemand categoriseert als haar dochter dan kan middels de consistency rule aangenomen worden dat zij een moeder is) waren dit type categorisaties minder relevant voor het huidige onderzoek. Het huidige onderzoek was namelijk gericht op categorisaties van de deelnemers aan het consult, oftewel de arts en patiënt. Dit verklaart deels waarom de gevonden patronen in de kwalitatieve analyse maar voorkwamen in enkele consulten, ondanks dat er in totaal een groot aantal gendercategorisaties gevonden zijn in de consulten.

Het is opvallend dat in het grootste deel van de geanalyseerde consulten gendercategorisatie werd gevonden en dat dit per consult meerdere keren voorkwam, aangezien de vindbaarheid van categorisaties een blijvend probleem is bij MCA-onderzoek. Dit probleem wordt onderstreept door Pomerantz en Mandelbaum (2005) die stellen dat het simpelweg niet mogelijk is om voorafgaand aan de analyse te weten *waar* en *überhaupt of* categorisatie zal voorkomen. Daarbij stellen zij dat het nog onwaarschijnlijker is om meerdere gevallen van dezelfde soort categorisaties te vinden. Wanneer er enkel naar een type categorisatie gezocht wordt, zoals in dit geval gendercategorisatie, dan komt MCA-onderzoek neer op het zoeken van een speld in een hooiberg (Van Dijk, 1987). Dat in het huidige onderzoek wel grote aantallen categorisaties gevonden zijn zou verklaard kunnen worden doordat elke gendercategorisatie als een losstaand geval geteld is, dus ook wanneer het ging om een herhaalde categorisatie. Wanneer de arts de patiënt bijvoorbeeld categoriseerde als ‘oude vrouw’ en dit later in het consult nog vier keer deed dan werd dit geteld als vijf afzonderlijke categorisaties. Het zou aan de hand van de consistency rule beargumenteerd kunnen dat omdat een categorisatie langdurig effect heeft op de sociale interactie, een herhaalde categorisatie niet meegeteld had moeten worden, aangezien het enkel een categorisatie benadrukt die al gedaan is. Uit voorgaand onderzoek kon voor zover bekend niet afgeleid worden hoe eerder met dit soort gevallen omgegaan is.

De kwantitatieve analyse gaf desalniettemin een goed corpus van gendercategorisaties op basis waarvan de kwalitatieve analyse uitgevoerd kon worden. Door eerst de consulten te coderen op het voorkomen van gendercategorisatie verliep de kwalitatieve analyse soepeler dan wanneer deze kwantitatieve basis niet gelegd was. Dit onderstreept de waarde van de door Stokoe (2012) ontwikkelde methode met vijf leidende principes voor MCA-onderzoek.

In navolging van de vijf leidende principes (Stokoe, 2012) is de kwalitatieve analyse uitgevoerd middels MCA. MCA biedt een manier om te analyseren hoe iemand een ander persoon of zichzelf categoriseert. Zo categoriseerde een arts in sectie 1 (de hypothetische situatie) een vrouwelijke patiënt impliciet als typische vrouw middels de categoriegebonden activiteit van het de trap optillen van een wasmand. Dit soort categorisatie biedt inzicht in culturele normen en overtuigingen (Stokoe, 2010). Typisch vrouwelijke activiteiten worden stereotypisch nog vaak verbonden aan het vrouwelijk gender. De arts gebruikt een stereotypisch vrouwelijk voorbeeld dat bestaat in de Nederlandse cultuur. Dat dit schijnbaar onbewust gebeurt draagt enkel bij aan de kracht van de categorisatie (Baker, 2001). Het huidige onderzoek onderstreept hiermee nogmaals de waarde van MCA in het verkrijgen van inzicht in culturele normen en overtuigingen. Wanneer dit soort stereotype vrouwelijke activiteiten namelijk niet meer per definitie gekoppeld worden aan vrouwen, dan zou dit een verandering in de maatschappij aantonen (Stokoe, 2010).

Hoewel de arts zijn patiënt op een typisch vrouwelijke manier categoriseerde werd deze categorisatie door de arts hersteld door het geven van een contrasterend voorbeeld, waarmee de patiënt op een mannelijke wijze gecategoriseerd werd. De patiënt werd hier gecategoriseerd als 'huisvrouw' wat tegenwoordig een negatieve connotatie heeft, wat bevestigd werd door het herstel middels een mannelijke categorisatie. Dit laat zien dat vrouwelijkheid in dit geval in een huisartssetting niet complimenteers gebruikt werd. Wanneer een mannelijke patiënt in het patroon van de hypothetische situatie werd gecategoriseerd middels een aan het mannelijk gender gebonden activiteit dan werd deze categorisatie niet hersteld. Hoewel dit verschil bleek uit slechts twee gevallen is het opvallend aangezien het direct aansluit bij Seymour-Smith et. al. (2002) die stellen dat mannelijkheid in de westerse cultuur als prestige dragend gezien wordt. Daarnaast blijkt uit meerdere onderzoeken dat de negatieve effecten van mannelijkheid met betrekking tot het zoeken van medische hulp op een positieve manier worden gepercipieerd terwijl de positieve effecten van vrouwelijkheid op een negatieve manier worden gepercipieerd (Arber et al., 2006; Goudsmit, 1994; Seymour-Smith et. al., 2002). Wanneer een patiënt dus als man gecategoriseerd wordt dan kan dit

gezien worden als iets positiefs, oftewel als een compliment, terwijl een categorisatie als vrouw in de setting van huisartsconsulten als negatief gezien kan worden.

Aangezien klachten van vrouwen over het algemeen minder serieus genomen worden (Seymour-Smith et. al., 2002), is het aannemelijk dat vrouwelijke patiënten meer moeite moeten doen om de ernst van hun klacht duidelijk over te brengen aan de arts. Dit zou een mogelijke verklaring zijn voor het patroon van de gegenderde verklaring waarin vrouwelijke patiënten zelf een (alternatieve) verklaring bieden voor hun klachten. De vrouwelijke patiënten koppelen hier hun gender aan hun klacht. Dit gebeurt vaak door de overgang te koppelen aan hun klachten.

De vrouwelijke patiënten maken door een predicaat voor vrouwelijkheid (de overgang) als verklaring voor hun klachten te gebruiken hun vrouwelijke gender echter wel relevant tijdens het consult. Dit zou volgens meerdere onderzoeken op het gebied van sekse juist een negatief effect kunnen hebben op het verloop van hun behandeling (Arber et al., 2006; Goudsmit, 1994; Seymour-Smith et. al., 2002). Het lijkt opvallend dat dit patroon niet gevonden werd bij mannelijke patiënten. Een verklaring hiervoor zou echter kunnen zijn dat hoewel elke vrouw rond een bepaalde leeftijd in de overgang komt, er geen vergelijkbare typisch mannelijke klacht bestaat die als mogelijke oorzaak voor een even grote hoeveelheid klachten gebruikt zou kunnen worden als de overgang.

Het is niet enkel de arts die de patiënt categoriseert. In het patroon van de gegenderde smalltalk kwamen ook consulten voor waarin de patiënt de arts impliciet categoriseerde op basis van zijn of haar gender. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het geval waarin de patiënt aan haar arts voorstelt om een high tea te gaan doen met haar vriendinnen. Hier wordt het gender van de arts gedaan op een vrouwelijke manier. Zoals blijkt uit Himmelstein en Sanchez (2016) kan het gender van de arts, dat nu relevant gemaakt is, effect hebben op hoe open de patiënt is naar de arts over zijn of haar klachten. Naast dat de arts op een vrouwelijke manier gecategoriseerd wordt laat dit patroon een zeer direct effect zien van gendercategorisatie. Er wordt namelijk uit het medisch kader gestapt wanneer de patiënt smalltalk begint met de arts. Het consult wordt hier betrokken op een onderwerp dat niet direct gerelateerd is aan de klacht van de patiënt. Daarnaast kan deze smalltalk leiden tot een meer symmetrische of vriendschappelijke verhouding waaruit de traditionele hiërarchie tussen arts en patiënt minder duidelijk blijkt.

Wanneer smalltalk gedaan wordt tijdens het consult dan verlaat het gesprek het institutionele kader aan de hand van een categoriegebonden activiteit. Wanneer dit patroon van categorisatie vergeleken wordt met het onderzoek van Stokoe (2010) dan kan het als

opvallend gezien worden dat de arts hierin meegaat. Stokoe (2010) analyseerde middels MCA politieondervragingen van mannen die ervan beschuldigd waren dat ze een vrouw geslagen hadden. Zij vond in meerdere gevallen dat wanneer de verdachte zichzelf categoriseerde als het type man die geen vrouwen zou slaan, de agent deze categorisatie niet overnam waardoor het verhoor binnen het institutionele kader bleef. Dat artsen wel meegaan in de categorisatie, oftewel dat zij deelnemen aan de gegenderde smalltalk, kan verklaard worden doordat de traditionele hiërarchie tijdens een huisartsconsult minder duidelijk aanwezig is dan tijdens een politieverhoor.

Implicaties

Het huidige onderzoek toont aan dat gendercategorisatie voorkomt tijdens patiënt-huisartsconsulten wanneer de arts de klacht van de patiënt probeert te verklaren via een hypothetische situatie (de hypothetische situatie), wanneer de patiënt haar klacht koppelt aan haar gender (de gegenderde verklaring) en wanneer de arts en patiënt smalltalk hebben over een aan hun gender gebonden activiteit (de gegenderde smalltalk). In dit onderzoek zijn de drie typen categorisaties geanalyseerd die het meest frequent waren. Dit betekent niet dat dit de enige mogelijke patronen van gendercategorisatie zijn die voorkomen tijdens patiënt-huisartsconsulten. Er is in dit onderzoek niet geambieerd om een uitputtend beeld te schetsen. Het huidige onderzoek biedt enkel een eerste inzicht in hoe gender gedaan wordt tijdens huisarts-patiëntconsulten. Het huidige onderzoek vormt hiermee een toevoeging aan de literatuur van gendercategorisatie. Daarnaast onderstreept het huidige onderzoek de waarde van de 5 leidende principes van Stokoe (2012). Deze leidende principes boden een duidelijk houvast voor de methodologie van MCA-onderzoek. Vervolgonderzoek zou gebaat zijn bij het navolgen van deze methodologische principes.

Uit voorgaand onderzoek bleek dat de sekse en het gender van de arts en patiënt invloed kunnen hebben op de zorg die de patiënt ontvangt. Uit het huidige onderzoek blijkt dat hoewel dit medisch gezien vaak niet noodzakelijk is, het gender van de arts en patiënt via gendercategorisatie regelmatig relevant wordt gemaakt tijdens een huisartsconsult. Daarnaast biedt het huidige onderzoek inzicht in de manieren waarop dit gebeurt. Een praktische implicatie van het huidige onderzoek is dus dat artsen en patiënten rekening dienen te houden met hoe zij elkaar categoriseren en wat de mogelijke effecten hiervan zijn op het verloop van de interactie tijdens het consult.

Limitaties

Zoals ieder onderzoek ging ook dit onderzoek gepaard met enkele limitaties. Ten eerste zijn zoals eerdergenoemd terugkerende categorisaties binnen een consult geteld als losse categorisaties. Hoewel hier bewust voor gekozen is, zou beredeneerd kunnen worden dat dit de reden is van dat er relatief veel categorisaties gevonden zijn terwijl Pomerantz en Mandelbaum (2005) juist onderstrepen dat de vindbaarheid van categorisaties een terugkerend probleem is bij MCA. Aangezien voorgaande onderzoeken tot zover bekend geen inzicht geven in hoe omgegaan is met terugkerende categorisaties kunnen er echter geen uitspraken gedaan worden over of deze keuze voor het apart tellen van de categorisaties gebruikelijk is bij MCA-onderzoek.

Een tweede limitatie is dat hoewel er een groot aantal categorisaties voorkwamen in de geanalyseerde consulten, de geanalyseerde patronen maar bestonden uit een klein aantal gevallen. De reden hiervoor is dat veel van de categorisaties betrekking hadden op een derde persoon en dat in het huidige onderzoek enkel de categorisaties die direct betrekking hadden op de arts of patiënt in aanmerking kwamen voor gedetailleerde analyses. Dat de geanalyseerde patronen van gendercategorisatie maar bestaan uit een klein aantal gevallen verminderd de kracht van deze patronen.

Suggesties voor vervolgonderzoek

In lijn met de limitatie dat de gevonden patronen bestaan uit slecht enkele gevallen van gendercategorisatie zou vervolgonderzoek ernaar kunnen streven om een groter databestand van gendercategorisaties aan te leggen. Hierbij zou er logischerwijs voor gekozen kunnen worden om een grotere hoeveelheid interacties te analyseren wat zal leiden tot een grotere hoeveelheid categorisaties. Daarnaast zou ervoor gekozen kunnen worden om ook patronen van categorisaties die betrekking op een derde persoon hebben te analyseren. Zoals eerdergenoemd kunnen deze categorisaties van derde personen namelijk in navolging van de consistency rule (Schegloff, 2007) de deelnemers aan het consult ook indirect categoriseren. Wanneer hiervoor gekozen zou worden zou dit kunnen resulteren in patronen die bestaan uit een groter aantal categorisaties en voorkomen in een groter aantal interacties. Dit zou de kracht van de gevonden patronen van gendercategorisatie vergroten. Wanneer er meer inzicht is in hoe gendercategorisatie voorkomt tijdens patiënt-huisartsconsulten zou onderzocht kunnen worden wat de daadwerkelijke effecten hiervan zijn op de kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt.

Referenties

- Arber, S., McKinlay, J., Adams, A., Marceau, L., Link, C., & O'Donnell, A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Social science & medicine*, *62*(1), 103-115. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.028
- Armitage, K. J., Schneiderman, L. J., & Bass, R. A. (1979). Response of physicians to medical complaints in men and women. *JAMA*, *241*(20), 2186-2187. doi: 10.1001/jama.241.20.2186
- Baker, C. D. (2000). Locating culture in action: Membership categorisation in texts and talk. In A. Lee & C. Poynton (Red.), *Culture and Text: Discourse and Methodology in Social Research and Cultural Studies* (pp. 99-113). London, Engeland: Routledge.
- Butler, J. (2011). *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of Sex*. Abingdon-on-Thames, Engeland: Taylor & Francis.
- Coyle, A., & Morgan-Sykes, C. (1998). Troubled men and threatening women: The construction of crisis' in male mental health. *Feminism & Psychology*, *8*(3), 263-284. doi: 10.1177/0959353598083003
- Eglin, P. (2011, 23 juli). Membership Categorisation Analysis: Peter Eglin [Youtube video]. Verkregen van <https://www.youtube.com/watch?v=P9zxCQGc8O0&list=PLnkARt5U--AYmH9QIJPyhNz4RiydsexN&index=3>
- Fitzgerald, R., Housley, W., & Butler, C. W. (2009). Omnirelevance and interactional context. *Australian Journal of Communication*, *36*(3), 45-64.
- Goudsmit, E. M. (1994). All in her mind! Stereotypic views and the psychologisation of women's illness. *Women and health: Feminist perspectives*, 7-12.
- Gough, B. (2007). 'Real men don't diet': An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social science & medicine*, *64*(2), 326-337. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.09.011
- Haines, E. L., Deaux, K., & Lofaro, N. (2016). The times they are a-changing... or are they not? A comparison of gender stereotypes, 1983–2014. *Psychology of Women Quarterly*, *40*(3), 353-363. doi: 10.1177/0361684316634081

- Hall, J. A., Blanch-Hartigan, D., & Roter, D. L. (2011). Patients' satisfaction with male versus female physicians: a meta-analysis. *Medical care*, 611-617. doi: 10.1097/mlr.0b013e318213c03f
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch-Hartigan, D., Mast, M. S., & Pitegoff, C. A. (2015). How patient-centered do female physicians need to be? analogue patients' satisfaction with male and female physicians' identical behaviors. *Health communication*, 30(9), 894-900. doi: 10.1080/10410236.2014.900892
- Harvey, S. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing Sociology. In D. N. Sudnow (Red.), *Studies in Social Interaction* (pp. 31–74). New York, Free Press.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2007). Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In J. Heritage & D. W. Maynard (Red.), *Communication in medical care: interactions between primary care physicians and patients*. (pp. 1-21). Cambridge, England: University press. doi: 10.1017/cbo9780511607172.003
- Himmelstein, M. S., & Sanchez, D. T. (2016). Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor–patient communication. *Preventive medicine*, 84, 34-40. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.12.008
- Holroyd, G. (1997). Men's health in perspective. In L. Jones & M. Sidell (Red.), *The challenge of promoting health: Exploration and action* (pp. 209–218). London, England: Open University press. doi: 10.1108/ijhcqa.2002.06215gae.001
- Hopper, R., & LeBaron, C. (1998). How gender creeps into talk. *Research on Language and Social Interaction*, 31(1), 59-74. doi: 10.1207/s15327973rlsi3101_4
- Jayyusi, L. (1984). *Categorization and the Moral Order*. London, England: Routledge
- Land, V., & Kitzinger, C. (2011). Categories in talk-in-interaction: Gendering speaker and recipient. *Gender and Conversation*, 48-63. doi: 10.1017/cbo9780511781032.004
- McEvedy, C. P., & Beard, A. W. (1970). Royal Free epidemic of 1955: a reconsideration. *Br Med J*, 1(5687), 7-11. doi: 10.1136/bmj.1.5687.7

- Paulsen, J. (2018). Membership categorization analysis as an important qualitative method in evaluation. *Evaluation and program planning*, 67, 138-145. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2018.01.003
- Pomerantz, A., & Mandelbaum, J. (2005). Conversation analytic approaches to the relevance and uses of relationship categories in interaction. In K. L. Fitch & R. E. Sanders (Red.), *Handbook of Language and Social Interaction* (pp. 149-171). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Sacks, H. (1992). In: G. Jefferson. (Red.), *Lectures on Conversation*. Oxford, Engeland: Blackwell
- Schegloff, E. A. (2007). A tutorial on membership categorization. *Journal of pragmatics*, 39(3), 462-482. doi: 10.1016/j.pragma.2006.07.007
- Seymour-Smith, S., Wetherell, M., & Phoenix, A. (2002). 'My wife ordered me to come!': A discursive analysis of doctors' and nurses' accounts of men's use of general practitioners. *Journal of health psychology*, 7(3), 253-267. doi: 10.1177/1359105302007003220
- Stokoe, E. (2006). On ethnomethodology, feminism, and the analysis of categorial reference to gender in talk-in-interaction. *The Sociological Review*, 54(3), 467-494. doi: 10.1111/j.1467-954x.2006.00626.x
- Stokoe, E. (2010a). Gender, conversation analysis, and the anatomy of membership categorization practices. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(7), 428-438. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00261.x
- Stokoe, E. (2010b). 'I'm not gonna hit a lady': Conversation analysis, membership categorization and men's denials of violence towards women. *Discourse & Society*, 21(1), 59-82. doi: 10.1177/0957926509345072
- Stokoe, E. (2012). Moving forward with membership categorization analysis: Methods for systematic analysis. *Discourse Studies*, 14(3), 277-303. doi: 10.1177/1461445612441534
- Van Dijk, T. A. (1987). *Communicating racism: Ethnic prejudice in thought and talk*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Watson, D. R. (1978). Categorization, authorization and blame-negotiation in conversation. *Sociology*, 12(1), 105-113. doi: 10.1177/003803857801200106

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151. doi: 10.1177/0891243287001002002