



De rol van de patiënt bij de bespreking van pathologische testresultaten

Een conversatieanalytisch onderzoek om te achterhalen hoe chirurgen testresultaten van weefselonderzoek rapporteren en op welke manier de patiënt hieraan deelneemt

The role of the patient in the discussion of pathological test results

A conversation analytical study to find out how surgeons report test results from tissue testing and how the patient participates

Student: Semmy van den Oetelaar

Opleiding: Radboud Universiteit
Communicatie- en Informatiewetenschappen
Master Communicatie & Beïnvloeding
Masterscriptie

Beoordeling: dr. W.J.P. Stommel (eerste lezer)
dr. H.W.M. Giesbers (tweede lezer)

Datum: 24-06-2019

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'De rol van de patiënt bij de bespreking van pathologische testresultaten'. Dit onderzoek gaat over de manier waarop chirurgen pathologische testresultaten rapporteren en hoe de patiënt hieraan deelneemt. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Communicatie en Beïnvloeding aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Binnen deze master heb ik mij gespecialiseerd in Gezondheidscommunicatie.

Bij de scriptieverkenning in oktober 2018 werd voor mij al snel duidelijk dat mijn interesse uitging naar het thema arts-patiëntcommunicatie. Ik vind dit een waardevol onderzoeksthema, omdat ik van mening ben dat er nog veel vragen onbeantwoord zijn binnen de medische communicatie. Daarnaast sprak het mij aan dat het voor dit onderzoek mogelijk was om een conversatieanalyse te doen. Ik vind het erg interessant dat binnen een conversatieanalyse gebruik wordt gemaakt van bestaande gesprekken afkomstig uit het werkveld en dat door middel van tekstanalyse patronen ontdekt kunnen worden.

Samen met mijn scriptiebegeleidster dr. Wyke Stommel heb ik een onderzoeksvraag bedacht. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er medische consulten geanalyseerd afkomstig van een ander onderzoeksproject bij het Radboud UMC onder de hoede van dr. Wyke Stommel. Ik wil haar allereerst bedanken voor de mogelijkheid om deze data te gebruiken. In het begin was het best lastig om binnen de hoeveelheid aan gesprekken te ontdekken welke patronen er aanwezig waren. De gezamenlijke datasessies met collega-medestudenten die mijn scriptiebegeleidster heeft georganiseerd hebben mij goed op weg geholpen met deze analyse.

Bij dezen wil ik graag mijn scriptiebegeleidster dr. Wyke Stommel bedanken voor de fijne begeleiding en ondersteuning gedurende dit traject. Daarnaast wil ik ook mijn tweede lezer dr. Herman Giesbers bedanken voor zijn constructieve feedback op mijn onderzoeksvoorstel en zijn uiteindelijke beoordeling. Tevens wil ik mijn collega-medestudenten bedanken voor hun input bij de datasessies. Tot slot wil ik de patiënten en chirurgen bedanken die hebben meegedaan aan het onderzoek.

Semmy van den Oetelaar

's-Hertogenbosch, juni 2019

Samenvatting

Deze scriptie richt zich op de manier waarop chirurgen pathologische testresultaten rapporteren en hoe de patiënt deelneemt aan deze communicatie. Hierbij is gekeken welke rollen tot stand komen in de wisselwerking tussen arts en patiënt in de context van het geven en ontvangen van medisch nieuws. Deze scriptie geeft antwoord op de volgende onderzoeksvraag: 'Hoe rapporteren chirurgen pathologische testresultaten en hoe neemt de patiënt hieraan deel?' Deze vraag is onderzocht door middel van de onderzoeksmethode conversatieanalyse, waarbij zeventien postoperatieve consulten zijn geanalyseerd. Uit de analyse blijkt dat chirurgen testresultaten rapporteren door een 'discourse-unit' van nieuws geven die bestaat uit een aankondiging, uitslag, consequentie en conclusie. De chirurg doet moeite om voor de patiënt inzichtelijk en navolgbaar te maken wat de uitslag betekent. De chirurg geeft de patiënt namelijk toegang tot medische kennis, die nodig is om de uitslag te begrijpen. Dit impliceert dat de chirurg de patiënt de mogelijkheid geeft om een eigen mening te vormen over de ziekte en behandeling, wat in overeenstemming is met de patiëntgerichte aanpak. De patiënt geeft gedurende deze 'discourse-unit' met name voortgangsondersteunende reacties en neemt hiermee de rol in van nieuwsontvanger. Ook blijkt uit de analyse dat chirurgen een valentie aan de uitslag koppelen. Deze valentie wordt meestal expliciet benoemd, maar soms wordt er over onderhandeld. Uit de analyse blijkt dat de patiënt wacht met het geven van een uitgebreide reactie, tot aan het moment dat de chirurg de valentie expliciet heeft gemaakt. Daarnaast gebruikt de chirurg vaktermen in de rapportage om een diagnose te specificeren of om de procedure van de operatie uit te leggen. Tot slot kan de patiënt de testresultaten op drie manieren ontvangen: doorvragen, mentale toestand presenteren en een evaluatie geven. Uit het onderzoek blijkt dat de patiënt zich afwachtend opstelt als luisteraar en hoofdzakelijk deelneemt aan het gesprek als nieuwsontvanger. Dit impliceert dat de paternalistische denkwijze nog in bepaalde mate aanwezig is in de tweedelijnszorg en dat binnen dit type sequentie met betrekking tot patiëntparticipatie nog winst te behalen valt.

1. Inleiding

De communicatie tussen arts en patiënt is een complex proces, waar nog veel vragen over bestaan (Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995; Bensing et al., 2008). Het is nog niet volledig bekend welke elementen goed werken in de communicatie tussen arts en patiënt (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012). Zo werd tot voor kort weinig onderzoek gedaan naar de manier waarop de arts testresultaten formuleert in het medische consult (Paul, Clinton-McHarg, Sanson-Fisher, Douglas & Webb, 2009). Meer onderzoek hiernaar is van groot belang, omdat de manier waarop de arts testresultaten formuleert van invloed is op de rol van de patiënt in deze communicatie (Verheul & Bensing, 2008; Pomerantz & Rintel, 2004). Dit onderzoek gaat daarom over communicatie tussen arts en patiënt in het medisch consult bij het bespreken van medische informatie, specifiek gericht op pathologische testresultaten. Het bespreken van testresultaten in het medisch consult moet in een breder kader van arts-patiëntcommunicatie gezien worden.

In de medische wereld wordt een patiëntgerichte benadering gehanteerd, waarbij de patiënt wordt gezien als een persoon met zijn eigen unieke persoonlijke geschiedenis en individuele behoeften (Zandbelt, Smets, Oort, Godfried & Haes, 2007). Artsen dienen binnen de patiëntgerichte communicatie de actieve participatie van patiënten te stimuleren. Hiermee wordt bedoeld dat de arts patiënten in staat stelt hun mening te uiten over de ziekte, behandeling en ander gezondheidsgerelateerd gedrag, zoals symptomen, zorgen, ideeën en verwachtingen (Smith & Hoppe, 1991). Een van de belangrijkste kenmerken van deze patiëntgerichte communicatie is dat de patiënt betrokken wordt bij beslissingen over ziektebeheer (Zandbelt et al., 2007).

De manier waarop wordt gecommuniceerd over ziektebeheer in het medisch consult is in de loop der jaren veranderd (Ong et al., 1995). De traditionele arts-patiëntrelatie was paternalistisch, waarbij de arts een dominante rol had in het nemen van beslissingen over een behandeling (Ong et al., 1995). De patiënt vertrouwde op de expertise van de arts en volgde de leiding van de arts (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Rond de jaren tachtig begon de aanname dat de arts alle beslissingen moest nemen te verschuiven (Charles, Gafni & Whelan, 1999). Voor een toenemend aantal ziektes bestond namelijk geen beste behandeling, omdat meerdere behandelingen mogelijk waren met elk hun eigen voordelen en risico's (Charles et al., 1999). Aangezien de patiënt zou moeten leven met de gevolgen van de keuze voor een behandeling, werd de veronderstelling dat de arts de beste positie

heeft om de beslissing te nemen in twijfel getrokken (Eddy, 1990). In combinatie met de stijgende kosten voor de gezondheidszorg, zorgde dit ervoor dat artsen explicieter verantwoording verschuldigd waren aan hun patiënten over de medische behandeling (Charles et al., 1999).

Ook het bespreken van medische gegevens is veranderd. De discussie rondom de medische besluitvorming van artsen heeft zich gemanifesteerd in een nieuwe wet, die betekent dat patiënten het recht hebben om alle beschikbare informatie te ontvangen die relevant is voor de behandelingsopties, zoals informatie over de ziekte, behandeling, risico's en alternatieve behandelingen (Leenen, 1994). Het doel van deze Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is dat de patiënt zelf in staat is om mee te beslissen over de behandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Deze wet heeft bijgedragen aan het ontwikkelen van nieuwe benaderingen voor de besluitvorming in het medisch consult (Leenen, 1994).

Als gevolg van deze veranderingen moet tegenwoordig sprake zijn van een patiëntgerichte benadering, waarbij gedeelde besluitvorming kan plaatsvinden in het medisch consult (Beisecker & Beisecker, 1990; Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel & Blanchard, 1988). De rol van de patiënt verandert hierbij van een passieve naar een actieve bijdrage in het besluitvormingsproces in het medisch consult (Charles et al., 1997). Dit betekent dat er geen sprake is van paternalistische communicatie, maar plaats wordt gemaakt voor consumentisme (Roter & Hall, 1992). Consumentisme houdt in dat patiënten verwachten dat zij in staat zijn om zelf beslissingen te nemen en de arts kunnen inschakelen als technisch adviseur (Roter & Hall, 1992).

De patiënt zou de laatste jaren dus een meer centrale rol hebben gekregen in het medisch consult en actiever participeren (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus & Van Hecke, 2016). Onderzoek van Longtin et al. (2010) laat zien dat een deel van de patiënten deze nieuwe rol echter niet accepteert en daardoor niet actief deelnemen aan het gesprek. Daarentegen zijn er ook patiënten die juist een sterke voorkeur hebben om actief deel te nemen aan het gesprek. In het onderzoek van Pomerantz en Rintel (2004) zijn met betrekking tot patiëntparticipatie twee rollen gedefinieerd: een rol waarbij de paternalistische denkwijze centraal staat en een rol waarbij de patiënt zich meer opstelt als onafhankelijk expert. Het is interessant om te analyseren in hoeverre deze rollen aanwezig zijn bij het bespreken van medisch nieuws. Door middel van deze analyse wordt achterhaald

op welke manier de patiëntparticipatie verloopt in de context van het geven en ontvangen van medisch nieuws.

Verschillende onderzoeken richten zich op patiëntparticipatie door te kijken naar verbale gedragsuitingen van de patiënt, zoals het stellen van vragen en het uitdrukken van meningen en zorgen (Street Jr & Millay, 2001; Roberts, 2002; Street Jr, Gordon, Ward, Krupat & Kravitz, 2005). Door middel van deze gedragsuitingen wordt vervolgens vastgesteld in welke mate de patiënt actief participeert. Deze studies richten zich dus niet op hoe de participatie in de wisselwerking tussen arts en patiënt er concreet uit ziet. Daarnaast varieert de definitie van patiëntparticipatie binnen verschillende onderzoeken, waardoor het lastig is om vast te stellen of actieve participatie binnen studies hetzelfde betekent (Longtin et al., 2010; Castro et al., 2016). Dit onderzoek kijkt naar patiëntparticipatie vanuit het perspectief hoe de interactie georganiseerd is in sequenties. Hiermee wordt op een andere manier naar patiëntparticipatie gekeken, namelijk naar de rol van de patiënt in het beurt-voor-beurtverloop in het medisch consult.

Tot slot is het belangrijk om aan te halen dat voor de meeste onderzoeken naar patiëntparticipatie geldt dat ze zijn uitgevoerd in de eerstelijnszorg (Zandbelt et al., 2007). Het is van belang om te achterhalen of de patiënt ook actief deelneemt in de medisch-specialistische zorg. Wanneer duidelijk wordt hoe de arts communiceert en op welke manier de patiënt als reactie hierop deelneemt aan het gesprek, kan worden bekeken in hoeverre er sprake is van de patiëntgerichte benadering in de tweedelijnszorg. De opbouw van dit onderzoek is als volgt. Allereerst is een theoretisch kader geschetst, dat eindigt met de relevantie van het onderzoek en de bijhorende onderzoeksvraag. Vervolgens wordt de methode beschreven, opgevolgd door de analyse. Tot slot volgen de conclusie en de discussie.

2. Theoretisch kader

2.1 Gedetailleerd perspectief op arts-patiëntcommunicatie

Om te onderzoeken hoe de arts en de patiënt met elkaar interacteren, is het van belang om in kaart te brengen hoe mondelinge interactie in elkaar zit. Hierbij wordt gekeken naar hoe het gesprek is georganiseerd in sequenties. Deelnemers aan een gesprek gebruiken verschillende dimensies om zich te oriënteren op elkaar en op wat er gezegd en gedaan wordt. Deze dimensies staan daarom centraal binnen de conversatieanalyse (Drew &

Heritage in Heritage & Clayman, 2010; Mazeland, 2003). De volgende vier dimensies zijn voor dit onderzoek met name van belang:

1. Beurtwisseling
2. Sequentieorganisatie
3. Beurtontwerp
4. Interactionele rollen

Deze dimensies van een conversatie kunnen worden gezien als 'sleutels' die bijdragen aan het analyseren van institutionele gesprekken (Heritage & Clayman, 2010).

Beurtwisseling

Beurtwisseling verwijst naar de manier waarop mensen conversaties organiseren van beurt tot beurt (Mazeland, 2003). In gesprekken is weinig van wat gezegd wordt, de acties die worden uitgevoerd of de volgorde waarin dingen gezegd worden vooraf bepaald (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Gesprekken binnen institutionele settings, zoals het arts-patiënt gesprek, zijn echter in bepaalde mate voorgestructureerd (Mazeland, 2003). Wie aan de beurt is binnen de conversatie en wat in die beurt gedaan kan worden, is in een medisch consult meer dan in een alledaags gesprek van tevoren vastgelegd (Mazeland, 2003). Deze voorstructurering van de verdeling van beurten wordt 'pre-allocatie' genoemd (Mazeland, 2003; Heritage & Clayman, 2010). De manier waarop de beurtwisseling wordt georganiseerd kan van invloed zijn op de reactie van de ontvanger (Heritage & Clayman, 2010). Bij de analyse van gesprekken is het van belang om te bekijken op wat voor manier beurten worden gewisseld, wat ook wel het beurt-tot-beurtprincipe wordt genoemd (Mazeland, 2003).

Het beurtwisselingsmodel van Sacks, Schegloff en Jefferson (1974) gaat uit van twee componenten die van toepassing zijn op de manier waarop gespreksdeelnemers zich oriënteren bij de organisatie van de beurtwisseling: de beurtopbouwcomponent en de beurttoewijzingscomponent. De beurtopbouwcomponent gaat over technieken die worden toegepast bij het bepalen van het moment in het gesprek waarop beurtwisseling kan plaatsvinden (Mazeland, 2003). De beurttoewijzingscomponent gaat over technieken die toegepast worden voor de selectie van de volgende spreker. Een beurt kan bestaan uit een of meerdere beurtopbouweenheden, waarbij drie types eenheden zijn te onderscheiden: een eenwoorduiting (zoals "ja", "prima" of "zeker"), een enkelvoudige hoofdzin (zoals "Hoe

gaat het met je?”) of een samengestelde zin (zoals “Ik ben natuurlijk benieuwd hoe het met je gaat, maar ik wil eerst de uitslag van het weefselonderzoek met je bespreken”) (Mazeland, 2003).

De plaats waarop van beurt gewisseld kan worden, wordt ook wel het mogelijke voltooiingspunt genoemd (Mazeland, 2003). Bij het toewijzen van de beurt zijn twee manieren te onderscheiden: huidige-kiest-volgende en zelfselectie. Bij huidige-kiest-volgende kiest de huidige spreker een volgende spreker, door bijvoorbeeld een vraag te stellen aan de ander (Mazeland, 2003). Bij zelfselectie begint een gespreksdeelnemer de volgende beurt, zonder door een andere gespreksdeelnemer te zijn geselecteerd als volgende spreker (Mazeland, 2003).

Voor de twee componenten uit het beurtwisselingsmodel gelden een aantal beurtwisselingsregels. Bij het toepassen van de techniek huidige-kiest-volgende geldt dat de partij die geselecteerd wordt het recht en de plicht heeft om de beurt te nemen. Wanneer deze techniek niet wordt toegepast, kan een gespreksdeelnemer zichzelf selecteren. Deze gespreksdeelnemer heeft dan het recht op de beurt, waardoor beurtoverdracht plaatsvindt (Mazeland, 2003). Wanneer bij het eerst mogelijke voltooiingspunt geen huidige-kiest-volgende of zelfselectie wordt toegepast, kan de huidige spreker doorgaan met praten (Mazeland, 2003).

De manier waarop de beurtwisseling verloopt is relevant voor de rollen die worden ingenomen in het gesprek. Zo kan de arts bij het vertellen van nieuws, zoals een uitslag, bijvoorbeeld een grote gesprekseenheid produceren. Dit wordt ook wel ‘discourse unit’ (DU) genoemd (Mazeland, 2003). De beurtwisseling loopt tijdens een dergelijke nieuwslevering niet volgens het beurt-tot-beurtprincipe. De arts neemt in dit geval wat langer het woord als primaire spreker en neemt de rol in van nieuwsgever. De patiënt stelt zich daarbij op als ‘DU-recipient’, waarbij hij bij voorkeur minimale reacties geeft in de vorm van korte evaluerende commentaren, die de nieuwsgever stimuleren om de beurt verder uit te werken (Mazeland, 2003). Hiermee neemt de patiënt de rol in van nieuwsontvanger, waarbij zijn reacties voortgangsondersteunend werken.

Binnen een lopende interactie kan ook onduidelijkheid ontstaan over iets wat wordt gezegd in een bepaalde beurt. Om dit op te lossen kan herstelwerk worden toegepast (Mazeland, 2003). Dit houdt in dat de voortgang van een beurt even wordt gestopt om het probleem op te lossen, zodat hindernissen worden opgeruimd en de begripelijkheid en de

voortgang van de communicatie niet in gevaar worden gebracht (Mazeland, 2003). Een opschorting van een beurt kan bestaan uit een of meer lettergrepen, een aantal woorden binnen de lopende beurt of een sequentieel traject van meerdere beurten (Mazeland, 2003).

Herstelwerk kan plaatsvinden via zelfherstel of anderherstel. Bij zelfherstel wordt de initiëring en het herstel door dezelfde spreker binnen de beurt uitgevoerd (Mazeland, 2003). Dit kan zowel plaatsvinden in de lopende beurt, als in de transitieruimte: de ruimte tussen de huidige en volgende beurt. Bij anderherstel initieert de andere spreker herstel, en niet de spreker van de beurt zelf. De ander doet een verzoek om een probleem in de vorige beurt te herstellen (Mazeland, 2003). Interactie is een mechanisch proces, waarbij herstelwerk helpt bij het interpreteerbaar en begrijpelijk maken van de interactie (Mazeland, 2003).

Sequentieorganisatie

Wanneer de uitingen die gespreksdeelnemers doen in opeenvolgende beurten met elkaar samenhangen, komt een interactie tot stand. De organisatie van interacties, waarbij gespreksdeelnemers in opeenvolgende beurten een gemeenschappelijk handelingsproject implementeren, wordt ook wel een sequentie genoemd (Mazeland, 2003). Binnen een interactie gaat het om de wisselwerking tussen wat de spreker zegt en hoe de ontvanger daarop reageert (Drew, 2013). Binnen de sequentieorganisatie is er sprake van een tweeledige structuur, die ook wel het aangrenzend paar wordt genoemd (Schegloff & Sacks, 1973).

Volgens Schegloff (1968) bestaan aangrenzende paren uit twee uitingen die aangrenzend geplaatst zijn en in aparte beurten door verschillende sprekers worden geuit. In het eerste paardeel wordt de sequentie begonnen, en het tweede paardeel maakt het handelingsproject compleet (Mazeland, 2003). Een voorbeeld hiervan is het stellen van een vraag. De vraag begint de interactionele activiteit en het antwoord maakt de activiteit af. Naast een vraag-antwoordpaar zijn er nog meer typen aangrenzende paren, zoals een verzoek, uitnodiging of aanbod (Mazeland, 2003).

Gespreksdeelnemers kunnen op het eerste paardeel geprefereerd of niet-geprefereerd reageren. Een tweede paardeel is niet-geprefereerd wanneer het een project niet laat slagen, en is geprefereerd als projectsucces wordt gerealiseerd (Mazeland, 2003). Dit kan het beste worden toegelicht aan de hand van een voorbeeld. Wanneer een uitnodiging wordt gedaan in het eerste paardeel, dan is het doel van deze sequentie bereikt

wanneer deze uitnodiging aanvaard wordt. Als de uitnodiging wordt afgeslagen, is het handelingsproject mislukt. Acceptatie is hierbij dus de geprefereerde voortzetting, het afslaan van de uitnodiging is niet-geprefereerd (Mazeland, 2003). Deze afweging wordt preferentieorganisatie genoemd (Mazeland, 2003).

Beurtontwerp

Het ontwerp van geprefereerde voortzettingen en niet-geprefereerde voortzettingen verschilt van elkaar. Geprefereerde voortzettingen volgen meteen, terwijl niet-geprefereerde voortzettingen worden uitgesteld en met een omweg worden vormgegeven, bijvoorbeeld met een afzwakking, een aarzeling of een toelichting (Mazeland, 2003).

Wanneer geprefereerd wordt gereageerd, kan een handelingsproject in twee beurten ten uitvoer worden gebracht. Niet-geprefereerde tweede paarden zorgen echter voor een afwijking van een aangrenzend paar, waardoor meer beurten nodig zijn (Mazeland, 2003).

Een niet-geprefereerd tweede paardeel leidt tot een uitbreiding van de sequentie. Dit wordt sequentie-expansie genoemd (Mazeland, 2003). Sequentie-expansie kan op verschillende manieren plaatsvinden in een interactie: voor het eerste paardeel (pre-expansie), voorafgaand aan het tweede paardeel (insertie-expansie) en na het tweede paardeel (postexpansie) (Mazeland, 2003). Hierdoor kan een interactie een complexe structuur hebben.

De actie die iemand verricht tijdens een beurt hangt samen met de manier waarop een beurt wordt ontworpen (Heritage & Clayman, 2010). Dit houdt in dat het reactiegedrag van de ontvanger bij het voeren van een gesprek gedeeltelijk wordt beperkt door wat de zender zegt bij de formulering van het eerste paardeel (Schegloff & Sacks, 1973).

Beurtontwerp maakt expliciet dat dezelfde actie op verschillende manieren wordt uitgevoerd (Heritage & Clayman, 2010). De verschillende manieren waarop deze acties tot stand komen, kunnen wijzen op een onderliggende rolverdeling (Heritage & Clayman, 2010).

Een voorbeeld hiervan is wanneer de arts in een beurt een lekenversie of medische versie van de uitslag presenteert. De manier waarop de arts deze beurt ontwerpt, zegt iets over de rollen die in het gesprek worden aangenomen. De arts toont namelijk met een medische versie zijn identiteit als professional aan (Thomas, Hariharan, Rana, Swain & Andrew, 2014) en neemt daarmee de rol in van medisch expert. De patiënt stelt zich als gevolg hiervan op als luisteraar en neemt een meer ondergeschikte rol aan.

Interactionele rollen

Binnen een interactie kunnen mensen verschillende rollen aannemen door de manier waarop ze hun interactie vormgeven (Heritage & Clayman, 2010). In de literatuur worden de verschillende rollen onderverdeeld in drie categorieën: conversationele, interactionele en situationele identiteiten (Mazeland, 1995). Conversationele identiteiten zijn rollen die per beurt kunnen wisselen, zoals bijvoorbeeld de rol van spreker en luisteraar. Op interactioneel niveau hangt de rol samen met welke handeling de gespreksdeelnemer uitvoert, zoals bijvoorbeeld de rol van nieuwsgever en nieuwsontvanger. Onder situationele identiteiten worden de meer permanente rollen verstaan, die vaak gedurende de hele interactie in stand blijven, zoals de rol van arts en patiënt of leraar en leerling (Mazeland, 1995).

Deze verschillende categorieën maken dat de rollen die worden aangenomen variëren gedurende een gesprek en ontstaan door het onderhandelen via beurten en sequenties (Mazeland, 1995; Pomerantz & Rintel, 2004). Deze onderhandeling kan worden onderzocht door het bestuderen van uitingen in het medisch consult om de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt in kaart te brengen. Wanneer bijvoorbeeld arts en patiënt testresultaten met elkaar bespreken in een medisch consult, komt op basis van beurtwisseling een bepaalde rol tot stand. De arts initieert het geven van informatie en de patiënt onderhandelt per beurt over wat geschikte en voldoende informatie is (Pomerantz & Rintel, 2004). Door het analyseren van deze wisselwerking tussen arts en patiënt kan worden achterhaald welke rollen tot stand komen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de verschillende organisatorische dimensies die met elkaar in verband staan, een kader vormen waarbinnen het mogelijk is om te analyseren wat er gebeurt in de interactie tussen arts en patiënt en welke rollen daarbij worden ingenomen (Heritage & Clayman, 2010).

2.2 Het bespreken van testresultaten

Paternalistisch denken en onafhankelijke expertiserol

Binnen de arts-patiëntcommunicatie is het bespreken van testresultaten over ernstige aandoeningen een belangrijk onderdeel. Bij het bespreken van deze testresultaten dient de arts zijn communicatie in het medisch consult af te stemmen op de medische kennis van de patiënt (Pomerantz & Rintel, 2004). Pomerantz en Rintel (2004) hebben onderzocht op welke manier de arts testresultaten rapporteert en hoe de patiënt daarop reageert. In het

onderzoek worden enkele manieren geanalyseerd waarop rollen in het medisch consult worden aangenomen bij het geven en ontvangen van testresultaten. Deze testresultaten gaan over gezondheidsindexen van patiënten, zoals bloedmetingen en temperatuurmetingen. Artsen kunnen testresultaten op twee manieren rapporteren: met een voorstel waarmee een paternalistische denkwijze centraal staat en een voorstel dat leidt tot onafhankelijke expertiserollen (Pomerantz & Rintel, 2004).

Bij paternalistisch denken geeft de arts medische aanbevelingen, waarbij alleen informatie wordt gegeven die de patiënt nodig heeft om het advies te kunnen volgen (Pomerantz & Rintel, 2004). De arts geeft een bepaalde interpretatie van de uitslag, zonder de patiënt te voorzien van numerieke uitlezing. De arts plaatst zichzelf daarmee in een leidende rol, waarbij zijn interpretatie en beoordeling moeten worden aangenomen. Een voorbeeld hiervan is: "Nou, voor in de spreekkamer, is uw bloeddruk oké" (Pomerantz & Rintel, 2004: p. 14). Hiermee dient de patiënt te vertrouwen op de medische autoriteit (Pomerantz & Rintel, 2004). Wanneer de patiënt meegaat in de interpretatie van de arts, accepteert hij de paternalistische rolverdeling.

Bij de onafhankelijke expertiserol daarentegen voorziet de arts de patiënt van meer medische informatie. In het onderzoek van Pomerantz en Rintel (2004) betekent dit dat de arts de patiënt voorziet van de numerieke uitlezing wat betreft de bloedmeting of de temperatuurmeting. Op deze manier vindt een meer gelijkwaardige uitwisseling van kennis plaats (Tambuyzer, Pieters & Van Audenhove, 2011; Millar, Chambers & Giles, 2015). Door numerieke metingen van gezondheidsindexen te geven, met of zonder interpretatie van de arts, impliceert de arts dat de patiënt inzicht dient te verkrijgen in numerieke waarden om toezicht te kunnen houden op de eigen gezondheid (Pomerantz & Rintel, 2004). Wanneer artsen deze waarden verstrekken, maar geen interpretatie aan de meting koppelen, biedt de arts de patiënt de mogelijkheid om zelf begrip van deze meting te tonen. Een voorbeeld van zo'n uiting is: "U heeft een temperatuur van 38 graden" (Pomerantz & Rintel, 2004: p. 17). Als de patiënt deze informatie begrijpt en daarmee als duidelijk en voldoende interpreteert, dan wordt de onafhankelijke expertiserol bekrachtigd.

Testresultaten als nieuwslevering

Het bespreken van testresultaten kan worden beschouwd als het geven van nieuws. Binnen het medisch consult moeten arts en patiënt in de interactie de valentie van dit nieuws

vaststellen, dat wil zeggen overeenstemming bereiken over hoe goed of slecht het nieuws is (Maynard, 2003). Het brengen van nieuws kan grofweg in vier stappen worden onderverdeeld: de aankondiging van het nieuws, de reactie op de aankondiging, de uitwerking van het nieuws en de beoordeling van het nieuws (Maynard, 2003). Deze stappen zijn bepalend om te achterhalen wat de valentie van het nieuws is.

De reactie van de patiënt op de aankondiging en de uiteindelijke beoordeling van het nieuws zijn van belang, omdat de ontvanger dan betrokken wordt bij het bepalen van de valentie (Maynard, 2003). Hierdoor ontstaat een wisselwerking tussen arts en patiënt, waarbij valentiebepaling een interactieve handeling is die gezamenlijk gerealiseerd wordt. De arts neemt hierbij de rol aan van nieuwsgever en de patiënt die van nieuwsontvanger. De bepaling of iets goed of slecht nieuws is, wordt bereikt door structurering van sequenties (Maynard, 2003). Nieuwsgevers kunnen nieuws op verschillende manieren structureren. De nieuwsgever kan bijvoorbeeld het nieuws inleiden aan de hand van een kort verhaal of voorafgaand aan het nieuws een verklaring geven. De nieuwsontvanger kan als reactie hierop de uitwerking van het nieuws stimuleren of ontmoedigen (Maynard, 2003).

De rol die de patiënt aanneemt in het medische consult bij de bespreking van testresultaten, is dus een product van de samenwerking tussen arts en patiënt in een lopende interactie (Pomerantz & Rintel, 2004; Millar et al., 2015). De arts kan actieve participatie van de patiënt stimuleren, door de patiënt te betrekken bij het bespreken van testresultaten (Zandbelt et al., 2007). De uiteindelijke rol die wordt aangenomen door de patiënt wordt niet bepaald door een specifieke beurt, maar door de beurtwisseling tussen arts en patiënt (Pomerantz & Rintel, 2004). Deze rol kan gedurende het gesprek worden bevestigd of er kan over worden onderhandeld.

2.3 Doelstelling en relevantie

Zoals besproken in de inleiding is patiëntparticipatie in verschillende studies onderzocht (Street Jr & Millay, 2001; Roberts, 2002; Street Jr et al., 2005). Binnen dit domein is echter weinig onderzoek gedaan naar sequenties, waarbij de wisselwerking tussen arts en patiënt wordt onderzocht en naar de bespreking van medische onderzoeksresultaten, waarbij specifiek wordt gekeken naar de rol van de patiënt. Daarnaast geldt voor de meeste onderzoeken binnen de arts-patiëntcommunicatie dat ze zijn uitgevoerd in de eerstelijnszorg (Zandbelt et al., 2007). Het is dus de vraag of de resultaten over de eerstelijnszorg vertaald

kunnen worden naar de medisch-specialistische zorg. Ook zijn voor deze onderzoeken Amerikaanse consulten geanalyseerd (Pomerantz & Rintel, 2004). Dit onderzoek kijkt naar hoe chirurgen testresultaten rapporteren in Nederlandse consulten.

De conversatieanalyse maakt het mogelijk om de interactie tussen arts en patiënt op microniveau te onderzoeken. De resultaten van het huidige onderzoek geven inzicht in de manier waarop pathologische testresultaten worden gerapporteerd in het medische consult en hoe de patiënt hieraan deelneemt. Deze kennis is van toegevoegde waarde voor de praktijk, aangezien nog weinig bekend is over de interactie tussen arts en patiënt bij het bespreken van medisch nieuws. Wanneer duidelijk wordt hoe deze interactie verloopt, kan gekeken worden welke rollen worden ingenomen en of er sprake is van een patiëntgerichte benadering in de tweedelijnszorg. Om dit te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: 'Hoe rapporteren chirurgen pathologische testresultaten en hoe neemt de patiënt hieraan deel?'

3. Methode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is voor dit onderzoek een conversatieanalyse gedaan. Een conversatieanalyse is een vorm van datagestuurde corpusanalyse (Mazeland, 2003). Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode, waarmee sociale interacties in kaart kunnen worden gebracht. Met deze methode is het mogelijk om *real-life*-interacties te onderzoeken (Mazeland, 2003). Een groot voordeel hiervan is dat de ecologische validiteit hoog is.

Data

De data voor dit onderzoek bestaan uit zeventien opgenomen medische consulten, verzameld in het kader van ander onderzoek door het Radboud UMC in Nijmegen en letterenonderzoeker Wyke Stommel. In deze medische consulten worden pathologische testresultaten besproken. De consulten zijn met twee camera's opgenomen in de periode van juni 2017 tot en met april 2018. Gedurende dit gesprek was naast de arts en patiënt (en eventuele naasten), ook een coassistent aanwezig die verantwoordelijk was voor de camera's. De aanwezigheid van de coassistent is geen beïnvloedende factor, aangezien bij dit soort gesprekken buiten het onderzoek om ook vaak een coassistent aanwezig is.

Coassistenten van het Radboud UMC hebben patiënten benaderd om vrijwillig mee te doen aan het onderzoek. Voor deelname aan het onderzoek dienden de patiënten de

Nederlandse taal goed te beheersen. Patiënten dienden vervolgens toestemming te geven voor opname van het consult en het gebruik hiervan voor gespreksanalyses. Deelname aan het onderzoek kon te allen tijde worden beëindigd door de patiënt en hierbij kon de patiënt zijn video-opname laten verwijderen. Deze dataset is verzameld voor een ander onderzoeksproject onder de hoede van dr. W.J.P. Stommel. Meer informatie over de dataverzameling is te vinden in Van de Mortel (2018). De CMO-commissie heeft het voorstel voor conversatieanalytisch onderzoek naar de data ethisch getoetst en goedkeuring gegeven.

Voor dit onderzoek zijn uit de zeventien gesprekken de relevante sequenties over het bespreken van pathologische testresultaten volgens de conversatieanalyseconventies getranscribeerd. Hierbij is gebruik gemaakt van transcriptiesymbolen die laten zien wat er precies gezegd wordt en op welke manier, bijvoorbeeld wanneer er een pauze in het gesprek is of wanneer een intonatie omhoog gaat (Jefferson, 2004). De video-opnamen in combinatie met de transcripten vormen het vertrekpunt van deze analyse. De verzameling van alle sequenties waarin testresultaten worden besproken vormen het 'corpus' van dit onderzoek (Mazeland, 2003).

De participanten voor dit onderzoek zijn patiënten van het Radboud UMC. Van de zeventien patiënten is 53% man en 47% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 64 jaar, waarbij de jongste patiënt 47 jaar oud is en de oudste patiënt 77 jaar oud. Deze patiënten hebben een operatie ondergaan om mogelijk kwaadaardig weefsel te verwijderen. Dit kan een lever-, galblaas-, alvleesklier-, darm- of slokdarmoperatie zijn geweest. Het consult heeft twee weken na de operatie plaats gevonden met de chirurg die de operatie uitgevoerd heeft. In dit gesprek worden pathologische testresultaten besproken. Deze testresultaten gaan over de omvang van de tumor, tumorresectie, eventuele uitzaaiingen en de werking/aanslaan van overige behandelingen. In deze gesprekken wordt ook besproken hoe de patiënt herstelt van de operatie.

Data-analyse

Uit de zeventien gesprekken zijn de fragmenten geselecteerd waarin de pathologische testresultaten worden besproken. Deze fragmenten zijn aan de hand van de conversatieanalyse geanalyseerd. Van de zeventien gesprekken is één gesprek niet meegenomen, aangezien in dit gesprek een andere uitslag bekend werd gemaakt. De

initialen die worden gebruikt in de fragmenten zijn als volgt: A (arts), P (patiënt) en N (naaste). In bijlage 1 is een overzicht te vinden van de transcriptieconventies die het meest zijn gebruikt (Jefferson, 2004).

4. Analyse

Uit de analyse komen vier patronen naar voren met betrekking tot de manier waarop chirurgen pathologische testresultaten rapporteren. Deze patronen gaan over de opbouw van de rapportage (4.1), het ontwerp van het gespreksdoel (4.2), de manier waarop de valentie van het nieuws gepresenteerd wordt (4.3) en het gebruik van medisch jargon (4.4). De deelname van de patiënt wordt per patroon geanalyseerd. Tot slot gaat paragraaf 4.5 expliciet in op de verschillende manieren waarop de patiënt op de uitslag van pathologische testresultaten reageert.

4.1 Opbouw van de rapportage

Het bespreken van de testresultaten verloopt volgens een bepaalde opbouw. Deze opbouw bestaat uit vier onderdelen: aankondiging, uitslag, consequentie en conclusie. Voordat de arts de uitslag rapporteert, kondigt hij de uitslag in bijna alle gesprekken eerst aan (14/16). Dit is een vorm van pre-expansie, die van invloed is op de organisatie van de beurtwisseling. Met deze aankondiging, ook wel 'presequentie' genoemd, kondigt de arts een bepaalde handeling aan (namelijk de mededeling van de uitslag van het weefselonderzoek) (Mazeland, 2003). Hierna breidt de arts zijn sequentie uit door het rapporteren van de uitslag. De testresultaten gaan over de omvang van de tumor, tumorresectie, eventuele uitzaaiingen en de werking of aanslaan van overige behandelingen. Hierop volgend vat de arts vaak samen wat de uitslag betekent voor de patiënt. Dit is de consequentie van de uitslag. Tot slot sluit de arts vaak de sequentie af door een conclusie te koppelen aan de uitslag.

In 75% van de geanalyseerde gesprekken zijn deze vier onderdelen terug te vinden (12/16). De overige 25% (4/16) van de gesprekken bevatten een aankondiging, uitslag en conclusie, maar geen consequentie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in deze gesprekken uitsluitend goed nieuws wordt gebracht en de arts het niet hoeft te hebben over (behandel)consequenties. Van de twaalf fragmenten waarin de vier onderdelen voorkomen, is in zeven fragmenten sprake van een sequentiële structuur waarbij de onderdelen elkaar stapsgewijs opvolgen. Hieronder volgt een gespreksfragment dat de sequentiële structuur illustreert.

Fragment 1 (inclusienummer 5)

1 A: ehm het weefselonderzoek } Aankondiging
2 hadden we dat al besproken, }

3 P: (0.7) ja ja dat jullie dat weghaalden
4 maar verders nie,

5 A: nee nou het zijn inderdaad (.) het waren inderdaad } Uitslag
6 uitzaaiingen van de van de tumor >zal ik maar zeggen<;=
7 P: =ja=
8 A: =dus van dat chordoom
9 P: ja
10 A: Bij u;
11 •h dus er zaten in twee van die plekken
12 eh zat het chordoom ook weer
13 was er weer en ehm ja daar zijn ze wel allemaal weg
14 er zaten ook een aantal klieren die we weg hebben gehaald
15 die gewoon goed waren

16 P: ja,
17 A: en ehm dat betekent dat we het ook weer hebben besproken } Consequentie
18 met elkaar,
19 we zullen dat wel weer gewoon moeten vervolgen
20 dus we zullen wel weer een scan moeten maken (.)
21 P: ja=
22 A: =dat betekent natuurlijk toch dat in die klieren (.)
23 ja die tumor was wel bezig met uitzaaiing
24 dus dat is wel iets wat je moet vervolgen (.)
25 komt het niet nog op een andere plek weer terug.=

26 P: =ja.
27 (0.8) dus eh [het kan wel;] } Conclusie
28 A: [dus dan blijft--]
29 P: dus het [kan wel terug--]
30 A: [kan altijd wel ja;]

De arts kondigt de uitslag aan met de vraag of ze het weefselonderzoek al hadden besproken (r. 1-2). Vervolgens valt er een stilte, waarin een antwoord van de patiënt relevant is (r. 3). Uit de reactie van de patiënt valt op te maken dat de uitslag van het weefselonderzoek nog niet (volledig) besproken is (r. 3-4). De arts begint met het rapporteren van de uitslag, waaruit blijkt dat de uitslag naar verwachting is, doordat de arts twee keer het woord “inderdaad” gebruikt (r. 5). De patiënt geeft gedurende het rapporteren van de uitslag continueerders (“ja”), waarmee zij de rol van nieuwsontvanger inneemt. Na het meedelen van de uitslag (r. 5-15) vat de arts samen hoe het vervolg van de behandeling eruit zal zien (r. 17-25). Hiermee formuleert de arts de consequentie van de uitslag. Tot slot volgt de conclusie van de uitslag, namelijk dat de kans aanwezig is dat het terug kan komen (r. 27-30).

De conclusie bestaat uit een conclusie van de patiënt, die de arts in overlap met de

patiënt afmaakt. In bijna alle andere gesprekken wordt eerst de conclusie door de arts geformuleerd en volgt daarna pas een reactie van de patiënt (14/16). De meeste conclusies bestaan uit een samenvatting van de diagnose of over of de operatie succesvol is geweest en het een goed resultaat betreft. In drie gesprekken gaat de conclusie over mogelijke risico's.

De sequentiële structuur die in fragment een wordt geïllustreerd, is in vijf gesprekken anders georganiseerd. Daarin varieert het sequentiële verloop van conclusie en consequentie. De arts trekt na de uitslag en de consequentie niet direct een conclusie, maar breidt zijn sequentie uit met meer informatie over de uitslag (2/5). Dit kan de arts uit zichzelf doen of omdat de patiënt of naasten daar om vragen. Daarnaast kan de arts direct een conclusie trekken en daarna pas samenvatten wat de consequentie is (3/5). Fragment twee laat zien hoe een gesprek verloopt wanneer eerst de conclusie getrokken wordt en daarna pas de consequentie van de uitslag gepresenteerd wordt.

Fragment 2 (inclusienummer 44)

1	A:	•h nou belangrijkste is denk ik wat de <u>uitslag</u> is	} Aankondiging	
2		uh dus die wil ik u graag vertellen		
3	P:	en dat kunt u nu zeggen,		
4	A:	dat kan ik nu zeggen ja;		
5	P:	soow,		
6		(1.2) ben benieuwd;		
7	A:	ja;		
8		nou wat er uit komt is wat we ook dachten;	} Uitslag	
9		en dat wil zeggen der zat een <u>tumor</u> in de lever;		
10		die uitgaat van de lever <u>zelf</u> (0.3) en dat past (0.6)		
11		helemaal bij u lever		
12		want u heeft wat leverschade;		
13		•h en dan weten we dat daar tumor in kan ontstaan;		
14		•h maar die tumor is <u>helemaal</u> weg en we hebben een ruime marge;		
15		(0.5) dus (.) dat probleem is (.) klaar;		
16		dus de operatie is succesvol verlopen;		} Conclusie
17		dat betekent dan hoeven we <u>geen</u> nabehandeling of iets		
18		dergelijks te doen;	} Consequentie	
19		u blijft wel onder controle en dat (0.5) daarvoor stuur		
20		ik u weer terug naar dokter ra,		
21		van de m d- mdl arts,		
22		en die zal u verder blijven vervolgen;		

In dit fragment trekt de arts direct na de uitslag een conclusie over de operatie in het algemeen (“succesvol verlopen” r. 16). Hierna begint de arts pas zijn sequentie uit te breiden over wat de uitslag betekent voor de patiënt (r. 17-22). Naast dat het sequentiële verloop kan variëren, is het opvallend dat de testresultaten vaak door de arts worden gerapporteerd

als 'DU'. Hierbij wordt een grotere gesprekseenheid geproduceerd (Mazeland, 2003). Hierdoor stelt de patiënt zich op als 'DU-recipient', waarbij enkel continueerders worden gegeven, tot aan het moment dat de arts het handelingsproject (het meedelen van de uitslag) compleet maakt (Mazeland, 2003). Dit betekent dat de arts bij het bespreken van de uitslag door het produceren van de 'DU' als primaire spreker aan het woord blijft en de rol inneemt van nieuwsgever. De patiënt neemt als reactie hierop de rol in van nieuwsontvanger door bijna uitsluitend voortgangsondersteunende reacties te produceren (zoals "oke", "ja" of "hmhm").

4.2 Het ontwerp van het gespreksdoel

Uit de analyse blijkt dat er twee manieren te onderscheiden zijn waarop de uitslag wordt aangekondigd en waarmee het gespreksdoel duidelijk wordt. De aankondiging door de arts wordt ontworpen als het gezamenlijk bespreken van de uitslag, wat doelt op een wederzijdse interactie (7/16), of als een mededeling (9/16), die in eerste instantie eenzijdig is. In fragment drie wordt een aankondiging gedaan in termen van een bespreking.

Fragment 3 (inclusienummer 24)

```
1      A: → Euh 27 maart geopereerd eeeuhh en we gaan de UITSLAG >bespreken
2      → in ieder gev[al]< van het weefselonderzoek.
3      P:           [Ja]
4      A:   Die is goed wat mij betreft,
5          dus het is inderdaad een insulinoom,
```

In dit fragment is te zien dat de arts de uitslag aankondigt (r. 1-2). De patiënt stemt in met de handeling door dit te bevestigen met "ja" (r. 3). De aankondiging doelt op een wederzijdse interactie tussen arts en patiënt, aangezien "iets bespreken" impliceert dat ook de patiënt een actieve bijdrage zal leveren aan dit deel van het gesprek. De arts nodigt de patiënt hiermee uit om zich te mengen in het gesprek. In fragment vier kondigt de arts de uitslag aan als een mededeling.

Fragment 4 (inclusienummer 44)

```
1      A: → •h nou belangrijkste is denk ik wat de uitslag is
2      → uh dus die wil ik u graag vertellen
3      P:   en dat kunt u nu zeggen,
4      A:   dat kan ik nu zeggen ja;
5      P:   soow,
6          (1.2) ben benieuwd;
```

In dit fragment kondigt de arts de uitslag aan als nieuws dat door hem verteld zal worden (r. 1-2). De patiënt stemt vervolgens in met de aankondiging door te benoemen dat hij benieuwd is naar de uitslag (r. 6). Hiermee ontvangt hij de aankondiging expliciet als ‘nieuwsaankondiging’. De arts construeert in dit gesprek dus in eerste instantie een interactie die eenzijdig is, waarbij hij de nieuwsgever is en de patiënt de nieuwsontvanger. De manier waarop de arts de uitslag van het weefselonderzoek aankondigt, impliceert dus dat de arts twee verschillende rollen aan de patiënt kan toekennen: een (actieve) gesprekspartner of een (passieve) nieuwsontvanger. In paragraaf 4.5 wordt verder over deze rollen uitgeweid.

4.3 Presentatie van de valentie van het nieuws

De valentie van het nieuws kan expliciet worden gemaakt door te benoemen of het nieuws goed of gunstig of slecht of ongunstig is. De valentie van de uitslag wordt in acht gesprekken direct na de aankondiging expliciet benoemd door de arts en nog een aantal keer herhaald in de loop van het gesprek. In de andere acht gesprekken wordt de valentie niet direct gegeven of volgt deze pas later bij de conclusie van de uitslag. Deze twee manieren worden in onderstaande fragmenten toegelicht.

Fragment 5 (inclusienummer 29)

1 A: → *h u:::h <met (.) de deur (.) in huis>, euhm (.) de uitslag van
 2 → het weefselonderzoek is goed dus de klieren
 3 → daar zitten geen <kwaadaardige> cellen in.
 4 P: goedzo.
 5 A: *pt u:::h dus ja dat is ei:genlijk (.) de belangrijkste
 6 boodschap <voor vammIddag>,
 7 P: j:a,
 8 A: u::hm (.) dat is ja toch denken wij prognostisch wel een stuk
 9 gunstiger: hè dan uh wanneer dat wel <zo zou zijn>,
 10 P: hmhm
 11 A: uh dus met het oog op of er risico is en hoe groot dat risico
 12 is (.) dat dat terug zou komen ja of nee,
 13 ja dat is hiermee iets kleiner geworden

De arts benoemt de valentie van de uitslag expliciet: “de uitslag van het weefselonderzoek is goed” (r. 1-2). Vervolgens breidt de arts de sequentie uit door uit te leggen wat “goed” betekent, namelijk dat er geen kwaadaardige cellen in de klieren zitten (r. 3). Dit is de uitwerking van het nieuws (Maynard, 2003). De arts benoemt de valentie expliciet (“goed”).

Dit betekent dat de valentie wordt gepresenteerd als het geven van nieuws. De patiënt geeft een geprefereerde evaluatie, waarmee hij het nieuws ontvangt (“goedzo” r. 4). Daarna wordt de valentie nog een keer op een andere manier expliciet gemaakt: “prognostisch wel een stuk gunstiger” (r. 8-9). De patiënt geeft als reactie hierop een continueerder: “hmhm” (r. 10), waarmee uitbreiding van de arts relevant wordt. De arts breidt zijn sequentie uit door samen te vatten hoe groot het risico is dat het terug komt (r.11-13).

De reactie van de patiënt toont aan dat hij de uitslag heeft begrepen. Dit suggereert dat de patiënt met het geven van een evaluatie aantoont dat hij het nieuws heeft ontvangen en vervolgstappen kunnen worden besproken. Toch wordt niet in alle gesprekken de valentie expliciet benoemd. Dit is het geval wanneer onderhandeling over de valentie plaatsvindt. Wanneer de arts de valentie niet direct benoemt, gaat de uitslag met name over minder goed nieuws. Fragment zes laat hier een voorbeeld van zien.

Fragment 6 (inclusienummer 9)

1 A: ehm: (.) als je kijkt naar de uitslag
2 je hebt drie soorten neuro endocriene tumoren
3 je hebt graad drie
4 dat is heel (.) heftig;
5 dat is echt een vervelend ding (.)
6 je hebt graad één,
7 dat verloopt heel mild
8 en dat (.) kan ja relatief weinig kwaad=
9 P: =uhuh
10 A: he u zit daar tussen
11 → u heeft graad twee;
12 ja dat is da- da- (0.8) lastig om in te schatten
13 hoe zich dat precies gedraagt;
14 ehm (.) soms kun je mensen dan ook aanvullend behandelen
15 niet zozeer met chemotherapie
16 maar wel met bepaalde eh (.) hormoon blokkers;
17 dat ligt niet zozeer op het terrein van de chirurg=
18 P: =°ja°=
19 A: =om dat te bespreken
20 maar wel (.) de endocrinoloog;
21 dus wat we hebben gedaan
22 is voor u alvast een verwijzing gemaakt
23 dat ze dat met u gaan bespreken,
24 [ehm;]
25 P: [°oke°]
26 A: en we moeten even kijken wat daaruit komt
27 dus dat kan nog een gevolg zijn van de operatie
28 dat u dus aanvullende behandeling krijgt;
29 P: ja=
30 A: =maar dan heb ik het dus niet over chemotherapie;

31 ehm (.) *pt wat ook zo is is dat
32 et- het preparaat is natuurlijk nagekeken
33 belangrijkste is dat het snijvlak (.) van de alvleesklier
34 (.) dat is schoon (.)
35 ja wat ze zien is dat de tumor
36 voor de rest groeit ie (.) tot aan de grenzen van wat we hebben
37 weggehaald
38 ja da- dat (.) dat klopt;
39 maar het zat los van de maag;
40 het zat los van de omgeving;
41 dus ja dan dan meer konden we niet weghalen, (.)
42 → maar eh: maar er bestaat dat het wel een risico dat zoiets op
43 → die plek terugkomt
44 → dus dat is wel [iets] om verder in de toekomst ook ja hier
45 P: [°oke°]
46 A: → onder controle te houden
47 P: ja
48 A: dus dat zijn de belangrijke dingen;

Dit fragment is afkomstig uit één van de twee gesprekken waarin de arts de uitslag niet aankondigt, maar direct begint met het rapporteren van de uitslag. Gedurende de rapportage wordt als het ware onderhandeld over de valentie. De arts legt uit dat de tumor in drie graden is in te delen en dat de patiënt in graad twee valt (r. 11). De arts ziet hier dus af van ‘goed’ of ‘slecht’, door uit te leggen dat er drie graden zijn. Daarmee creëert hij een context, waarin hij niet meer tussen goed en slecht hoeft te kiezen.

In de conclusie wordt opnieuw onderhandeld over de valentie. De arts vat samen dat het risico aanwezig is dat de tumor terug kan komen en daarom de patiënt onder controle moet blijven (r. 42-46). Het risico dat het terug kan komen impliceert ‘slecht nieuws’. Dit wordt direct opgevolgd door het geven van de consequentie, namelijk dat controle daarom noodzakelijk is. De patiënt geeft minimale bevestigingen en luistersignalen en haar spreekvolume is vaak laag. Dit suggereert dat de patiënt een luisterende houding aanneemt en begrijpt dat de uitslag relatief ongunstig is. Tot slot laat fragment zeven een voorbeeld zien, waarbij de valentie niet direct expliciet wordt gemaakt, maar pas later volgt in de conclusie.

Fragment 7 (inclusienummer 41)

1 A: → maar goed (.) het is [allemaal weg he]
2 N: [die had gevonden]
3 [dat het weg is (.)maar ja,]
4 P: [t is allemaal weg zei ie t] was allemaal schoon dus uh;
5 A: ja
6 N: ja

7 P: [Ja ik (?)]
8 A: → [nee hoor] die zi- kijk je verandert niet iets aan het stadium
9 → wat er is he;
10 N: [nee]
11 P: [°nee°]
12 A: → ik bedoel dat is natuurlijk vervelend dat het in de
13 → lymfeklieren zat maar ja (.) >dat is zo dus het is<;
14 → maar u heeft wel de maximale behandeling gehad zal ik maar
15 → zeggen en (.) uh;
16 → het [is] allemaal weg
17 P: [ja]
18 A: → dus wat ons betreft bent u ook genezen,
19 P: [ja]
20 N: [ja]
21 A: natuurlijk is het zo bij kanker dat het terug kan komen,
22 N: [ja]
23 P: [°ja°]
24 A: → maar h- wat ons betreft bent u op dit moment genezen;
25 P: [ja]
26 A: → [dus] dat moet wel ook een uh nouja dat is wat ons
27 → betreft gewoon een goed resultaat;
28 N: [°want m-°]
29 P: [b- schijn] over vijf jaar pas een bietjes meer zekerheid te
30 hebben he;
31 A: dat h- dat dat hou je altijd

In dit fragment zegt de arts dat de tumor helemaal weg is (r. 1), waarmee impliciet een gunstige uitslag gegeven wordt. Vervolgens breidt hij de sequentie uit en zegt dat je niet iets kunt veranderen aan het stadium (r. 8-9) en dat het vervelend is dat het in de lymfeklieren zat (r. 12-13). Dit impliceert dat er toch iets niet ‘goed’ was, wat een mogelijke verklaring is voor het ontbreken van een positieve valentie eerder. De arts herhaalt dat de patiënt de maximale behandeling heeft gehad en alles weg is (r. 14-16). Dit impliceert goed nieuws. Om de uitslag te verduidelijken verwoordt de arts dit op een andere manier, waarbij de valentie duidelijker naar voren komt: “dus wat ons betreft bent u ook genezen” (r. 18). De arts belicht vervolgens de consequentie dat het risico altijd bestaat dat de kanker kan terugkomen (r. 21) (impliciet slecht nieuws), maar benadrukt vervolgens nog een keer dat de patiënt op dit moment genezen is (r. 24), wat weer goed nieuws impliceert.

In de conclusie wordt de valentie pas expliciet gemaakt (“wat ons betreft gewoon een goed resultaat” r. 26-27). Maar wel “wat ons betreft”, wat een afzwakking is. De patiënt geeft een reactie in de vorm van een evaluatie, namelijk dat hij over vijf jaar pas een beetje meer zekerheid heeft (r. 29-30). De patiënt formuleert hiermee een consequentie van de uitslag: voorlopig goed en over vijf jaar een beetje meer zekerheid. Dit laat zien dat na de

expliciete benoeming van de valentie pas reactie van de patiënt volgt in de vorm van een evaluatie.

Tot slot kan de valentie zowel betrekking hebben op de algehele uitslag als op onderdelen ervan. Fragment acht laat hiervan een voorbeeld zien.

Fragment 8 (inclusienummer 25)

1 A: → eeeeuh (.) ja dus dat is eeeh (.) relatief goed nieuws denk ik
2 → >in ieder geval< het goeie is dat de marges vrij zijn,
3 dus dat niet aan de rand van het weefsel dat we hebben
4 weggenomen=
5 P: =°ja°=
6 A: =ook kwaadaardigheid zit hè;
7 dus dan zit er eh (.) euhm een rand met gezond weefsel om de
8 tumor heen,
9 dat verkleint het risico dat het op de plek zelf
10 terug zou komen wat he,
11 → Het is alleen wel relatief ongunstig dat er in één lymfeklier
12 ook kwaadaardige cellen zijn gevonden

De arts benoemt dat de algehele uitslag “relatief goed nieuws” betreft (r. 1). Hierna gaat de arts verder met “in ieder geval” (r. 2), wat het bereik van het goede nieuws beperkt. Dit impliceert dat het nieuws niet helemaal goed is. Hiermee wordt opnieuw onderhandeld over de valentie. De arts benoemt vervolgens expliciet wat het “goeie is” (r. 2), maar ook welk aspect van de uitslag “relatief ongunstig” is (r. 11). De arts produceert hiermee een uitgebreid account, waarin hij aangeeft wat goed is, maar ook wat ongunstig is. Dit impliceert dat de arts een verantwoording opbouwt en hiermee een poging doet om inzichtelijk en navolgbaar te maken voor de patiënt waar dat gunstig of ongunstig vandaan komt.

4.4 Medisch jargon in de rapportage

Uit de analyse blijkt dat de arts medisch jargon gebruikt in zijn rapportage. In bijna alle fragmenten (13/16) komt medisch jargon voor tijdens de bespreking van de pathologische testresultaten. Hierbij breidt de arts zijn sequentie vaak uit door in leken taal uit te leggen wat het jargon betekent. Fragment negen en tien laten twee voorbeelden zien hoe de arts het resultaat meedeelt in medisch jargon en dit vervolgens uitbreidt met een lekenversie.

Fragment 9 (inclusienummer 10)

1 A: → de patholoog zegt eh (.) letterlijk in het verslag (0.4)
2 → •pt dat de tumor net reikt tot aan 't verbrande ehh
3 → resectievlak (.)
4 N: ((fronst))
5 A: → eh nou om dat even te vertalen (.)
6 P: ((knikt))
7 A: is ehh (.) als we een tumor weghalen,
8 dan willen we altijd het liefste dat daar een marge van gezond
9 weefsel rondomheen zit;
10 want als dat zo is (.) nou dan (.) ben je het meest zeker
11 of zo zeker als je kunt zijn
12 over dat je niet iets achterla[at] in het lichaam
13 P: [hm]
14 A: aan de rand van die tumor=
15 P: =hm
16 A: nou zegt de patholoog hier dus (.) dat op één punt
17 die tumor net reikt tot aan de rand waar we gesneden hebben (.)
18 → en dat is eh ja wat ik zei ehh het verbrande resectievlak

De arts legt uit met jargon wat in het verslag van de patholoog staat, namelijk dat de tumor net reikt tot aan het verbrande resectievlak (r. 1-3). De naaste fronst, waarmee anderherstel wordt geïnitieerd en de arts zijn sequentie uitbreidt in lekentaal door uit te leggen wat het verbrande resectievlak betekent. De verantwoording van de arts (“eh nou om dat even te vertalen” r. 5) verwijst naar de norm om begrijpelijk te communiceren met de patiënt. De arts legt uit wat het verbrande resectievlak betekent (r. 7-17) en verwijst nog een keer terug naar de vakterm: “verbrande resectievlak” (r. 18). In fragment tien volgt nog een voorbeeld.

Fragment 10 (inclusienummer 35)

1 A: (0.5) •h uh:m (.) maar VAAK ziet de patholoog;
2 (0.6) die ziet dat niet goed;
3 dus die kijkt onder een microscoop en die ziet dan;
4 (.) dat het weliswaar WEG is;
5 → maar dat het eigenlijk TOT AAN het resectievlak reikt;
6 N: uhu;
7 ((knikt))
8 P: ((knikt))
9 A: → dus tot het VLAK waarin geopereerd is;
10 N: ((knikt))
11 P: ((knikt))
12 A: (1.4) ja (.) dat;
13 dan HEB je soms een iets grotere kans dat het terugkomt;
14 (0.3) maar in de praktijk:k zeker bij LEVER valt dat HEUL ERG
15 MEE;
16 WAAROM,
17 (0.4) omdat het VLAK waarin je opereert dat wordt helemaal weg

De arts legt met een medische vakterm uit dat de tumor tot aan het resectievlak reikt (r. 5). Dit wordt bevestigd door de naaste met een continueerder: “uhu” (r. 6). Ook bevestigen zowel naaste als patiënt dat ze begrijpen wat de arts bedoelt door te knikken. De arts breidt toch de sequentie uit door samen te vatten in leken taal wat het resectievlak betekent: “dus tot het vlak waarin geopereerd is” (r. 9). Als reactie hierop knikken patiënt en naaste opnieuw. Er volgt een stilte, waarna de arts een implicatie formuleert, ook wel ‘upshot formulation’ genoemd (Heritage & Watson, 1980). De arts vat samen hoe groot het risico is dat het terugkomt (r. 13-18). Hieruit blijkt dat het geven van een lekenversie meer is dan enkel uitleg. Met de lekenversie wordt toegewerkt naar het formuleren van de consequentie.

Zoals eerder aangegeven komt deze manier, waarbij eerst een vakterm wordt gegeven en daarna uitleg volgt in leken taal het meeste voor. In vier van de dertien fragmenten gebeurt echter het tegenovergestelde: de arts geeft eerst informatie in leken taal en koppelt er vervolgens een medische vakterm aan. Fragment elf en twaalf laten hier twee voorbeelden van zien.

Fragment 11 (inclusienummer 5)

```

1      A: → nee nou het zijn inderdaad (.) het waren inderdaad uitzaaiingen
2      → van de van de tumor >zal ik maar zeggen<;
3      P:   ja=
4          ((knikt))
5      A: → =dus van dat chordoom

```

In dit fragment wordt duidelijk dat de uitslag naar verwachting is door het woord “inderdaad” (r. 1). De arts zegt eerst in leken taal dat het om uitzaaiingen van de tumor gaat (r. 1-2). De patiënt reageert hierop met “ja” en knikt (r. 3-4). De beurt initieert anderherstel, waarmee de patiënt vraagt om verduidelijking van “uitzaaiingen van de tumor” en het jargon uitgelokt wordt. De arts breidt zijn sequentie uit met een medische vakterm over hoe dit type tumor heet, namelijk: “chordoom” (r. 5). De arts maakt met deze medische vakterm duidelijk voor de patiënt om welk type tumor het gaat en welke diagnose daarmee is gesteld. Fragment twaalf laat nog een voorbeeld zien.

Fragment 12 (inclusienummer 10)

1 A: eh eerst maar even met de uitslag van eh
2 van de weefselonderzoek beginnen (.)
3 → eh 't gaat toch om een vorm van leverkanker=
4 P: =ja=
5 A: =blijkt uit het weefselonderzoek dat gedaan is
6 → •h eh (.) hcc hepatocellulair carcinoom (.)=

In fragment twaalf wordt in tegenstelling met fragment elf een uitslag gegeven die in eerste instantie niet naar verwachting was. Dit is te zien aan het woord “toch”, waar de arts nadruk op legt (r. 3). De arts legt in leken taal uit dat het om een vorm van leverkanker gaat (r. 3), wat de vraag oproept om welke vorm het gaat. De patiënt reageert hierop met “ja”, waardoor uitbreiding van de arts relevant wordt gemaakt (r. 4). De beurt initieert net als in fragment elf anderherstel, waarbij de patiënt vraagt om verduidelijking van “vorm van leverkanker”. De sequentie wordt vervolgens door de arts uitgebreid met een medische vakterm voor deze vorm van leverkanker, namelijk: “hcc hepatocellulair carcinoom” (r. 6). De arts laat met de vakterm zien dat hij een specifieke benaming heeft voor dit type kanker. De medische vakterm is dus zowel in fragment elf als twaalf een specificatie en maakt duidelijk over welke vorm van kanker het gaat.

Uit de fragmenten blijkt dat chirurgen vaktermen gebruiken bij zowel het geven van diagnoses, als bij het geven van uitleg over de operatie. In deze fase van het gesprek verwijst de arts bij het meedelen van de uitslag regelmatig naar wat de patholoog zegt of wat letterlijk in het rapport van het weefselonderzoek staat. Dit is terug te zien in alle vier de fragmenten die hierboven besproken zijn. In de uitslag van het weefselonderzoek die door de patholoog wordt geformuleerd staat de medische versie. Wanneer de arts letterlijk iets zegt over de uitslag van het weefselonderzoek of verwijst naar iets wat de patholoog zegt in het rapport, is het te verklaren waarom de arts medische vaktermen gebruikt. De arts leest niet voor van het computerscherm, maar parafraseert wat in het rapport van de patholoog staat. Dit suggereert dat de informatie in het rapport van de patholoog gepresenteerd is als informatie die niet is toegesneden op de patiënt. Door deze formulering te kopiëren neemt de chirurg de rol in van medisch expert.

Wanneer de arts een medische term gebruikt, breidt hij de sequentie vaak uit met uitleg zonder jargon. Hij vertaalt de uitslag voor de patiënt of zegt expliciet wat de uitslag betekent voor de patiënt. Ook benadrukt de arts expliciet wat belangrijk is. Dit impliceert dat

de arts veel informatie geeft en binnen deze hoeveelheid aan informatie voor de patiënt selecteert wat belangrijk is om te weten.

De manier waarop de patiënt vaktermen ontvangt varieert. In de meeste gevallen reageert de patiënt minimaal op vaktermen, door non-verbaal te knikken of te reageren met continueerders. In een enkel geval zie je de patiënt of naaste fronsen, waarop de arts ook vrijwel direct een vertaling geeft van de betekenis van de vakterm. Het lijkt erop dat patiënten jargon over het algemeen niet als problematisch behandelen, aangezien ze zelden herstel initiëren.

4.5 Reactie van de patiënt

Voorgaande paragrafen gingen in op de manier waarop de uitslag door de arts als nieuwsgever wordt gerapporteerd. Deze paragraaf gaat verder in op de verschillende manieren waarop de patiënt reageert op de uitslag. In vijf gesprekken reageert de patiënt bij het bespreken van de testresultaten enkel met continueerders. Deze patiënten stellen zich passief op bij het bespreken van de testresultaten en nemen uitsluitend een luisterrol aan. In de overige elf gesprekken deed de patiënt meer dan het geven van continueerders. Binnen deze reacties zijn drie manieren te onderscheiden waarop de patiënt het nieuws (de uitslag) ontvangt:

1. De patiënt vraagt door, omdat hij meer wil weten of het nieuws dat is geleverd niet begrijpt (6/11);
2. De patiënt benoemt expliciet zijn mentale toestand (6/11);
3. De patiënt koppelt een evaluatie aan de uitslag (9/11);

De patiënt kan alleen zijn mentale toestand expliciet benoemen, maar hij kan ook eerst een vraag stellen ter verduidelijking en vervolgens zijn mentale toestand presenteren. Hieronder volgen een aantal fragmenten waarin de reacties inzichtelijk worden gemaakt.

Fragment 13 (inclusienummer 35)

1 A: (0.8) •h het lijkt erop;
2 als je de pathologie uitslag ziet dat het toch;
3 [vanuit de lever] komt;
4 P: [vanuit de lever]
5 A: (1.0) [uhm]
6 P: [maar] nou;
7 ik ben al een keer geopereerd aan de lever;=
8 A: =JA;
9 P: in in eden;

10 A: ja;=
 11 P: =en toen hebben ze er nog gezegd van het;
 12 (0.2) hou der rekening mee dat het terugkomt op de lever;
 13 A: JA;
 14 P: → maar nu is het niet zo dat het op dezelfde plek dan weer
 15 → terugkomt,
 16 A: NEE dat hoeft HELEMAAL niet;
 17 P: → omdat ze toen tegen me hebben gezegd uh: in eden het uh
 18 → °wie mus dat°
 19 A: dokter wiere,
 20 N: wiere;
 21 P: → WIERE;
 22 A: ja;
 23 P: → •pt die het toen tegen mij gezegd van;
 24 → hou der rekening mee dat het terugkomt;
 25 → •h en toen zei die ook we hebben het to- tot op het snijvlak
 26 → hebben we het weggehaald;
 27 A: ja;
 28 (0.3) maar wat di- wat wat je wat je soms ziet;

In dit fragment vat de arts samen dat uit de pathologie uitslag blijkt dat de uitzaaiing vanuit de lever komt (r. 1-3). Aan de reactie van de patiënt is te zien dat hij dit ook verwacht, aangezien hij tegelijk met de arts spreekt en zegt dat het vanuit de lever komt (r.4). Hiermee toont de patiënt aan dat hij beschikt over medische kennis. Zodra de arts “toch” benadrukt, weet de patiënt dat het om uitzaaiing van de lever gaat. Er volgt een korte stilte (r. 5), waar zowel de arts als patiënt zichzelf selecteren om de beurt te nemen. De patiënt neemt de beurt en leidt zijn vraag in. De patiënt informeert de arts met een presequentie (r. 7-12), om vervolgens naar aanleiding daarvan een vraag te stellen (“maar nu is het niet zo dat het op dezelfde plek dan weer terugkomt” r. 14-15).

De arts geeft antwoord op de vraag (r. 16), waardoor de patiënt vervolgens zijn sequentie met een postexpansie uitbreidt, door uit te leggen waarom hij die vraag stelt (r. 17-26). Na het antwoord van de arts is dus weer sprake van zelfselectie door de patiënt. Dit is een logische beurtwisseling, aangezien de patiënt (vragensteller) op die manier kan laten zien hoe hij het antwoord verwerkt (Mazeland, 2003). Uit de reactie blijkt dat de patiënt toch nog vraagt om meer medische informatie en daarmee het eerste antwoord van de arts als ontoereikend behandelt. De patiënt vertelt dat de arts die hem voorheen heeft behandeld, destijds heeft gezegd dat de kanker terug kan komen en dat de kanker tot op het snijvlak is weggehaald. Met een tekening legt de arts nu uit hoe de tumorresectie in zijn werk gaat en wat de patholoog vervolgens onder de microscoop ziet (r. 28 en verder, niet getoond). In dit gesprek zien we dus hoe de patiënt het nieuws niet alleen ontvangt, maar

meteen erop doorvraagt omdat hij meer wil weten. Hiermee neemt de patiënt een onafhankelijke expertiserol in, gebaseerd op kennis die is opgedaan in eerder contact met een andere arts. Daarentegen kan een patiënt ook doorvragen ter verduidelijking, omdat de patiënt het nieuws dat is geleverd door de arts niet begrijpt. Hierbij is sprake van andergeïnitieerd herstel. Fragment veertien laat hiervan een voorbeeld zien.

Fragment 14 (inclusienummer 26)

1 A: Maar goed (.) daar gaan we helemaal omheen uiteraard
2 En die lymfeklieren eh (.) ja (.) daar zit het niet in gewoon
3 P: oh nou [da's]
4 A: [dus] dat is in die zin gunstig=
5 P: → =maar als ik 'et goed begrijp (.) der is nog (.) eh zit nog wat
6 A: >nee nee zeker niet< n:ee=
7 P: → =oh alles is weggehaald=
8 A: =nee dus alles is weggehaald
9 D- er zit nog wat in het weefsel (.)

De arts legt uit dat er geen uitzaaiing is in de lymfeklieren (r. 2). De patiënt wil hierop reageren (r. 3), maar de arts onderbreekt haar en benoemt de valentie: “in die zin gunstig” (r. 4). Direct hierop volgend selecteert de patiënt zichzelf als spreker en begint haar zin nadrukkelijk met “maar” (r. 5). De patiënt initieert anderherstel en controleert hiermee of ze de informatie die is geleverd goed begrijpt (“der is nog eh zit nog wat” r. 5). De arts antwoordt dat dit niet het geval is (r. 6). De patiënt breidt haar sequentie uit met een postexpansie door te vragen of alles is weggehaald (r. 7). Dit suggereert dat de patiënt alsnog controleert of ze de arts goed begrepen heeft. De arts zegt dat alles is weggehaald (r. 8) en legt uitgebreider uit wat hij bedoelde (r. 9 en verder, niet getoond). Opvallend is dat de patiënten die in de consulten vragen stellen met name de ‘jongere’ patiënten zijn (in de leeftijd van 47-62 jaar). Dit impliceert dat de relatief ‘jongere’ patiënten actiever participeren gedurende het bespreken van de testresultaten, in vergelijking met de ‘oudere’ patiënten.

De patiënt kan ook zijn mentale toestand benoemen als reactie op de uitslag.

Fragment vijftien en zestien laten hier voorbeelden van zien.

Fragment 15 (inclusienummer 33)

1 A: Dus eigenlijk hebben we (1.0) een cyste verwijderd (.) is het
2 daarmee klaar.
3 (1.0) dus hoeven we niet te controleren verder (.) ook niet in

4 de toekomst;
5 is geen risico dat dat kwaadaardig (.) gaat worden of iets of
6 dat u daar nog last van (.) gaat hebben dus=
7 P: → =nou da's een hele opluchting
8 A: j:aa kan ik me voorstellen

De arts legt uit dat de cyste is verwijderd en controle verder niet nodig is (r. 1-6). De patiënt reageert op de uitslag door expliciet haar emotionele toestand te benoemen, namelijk dat ze opgelucht is (r. 7). De arts gaat mee in dit project (“ja kan ik me voorstellen” r. 8). Fragment zestien laat nog een voorbeeld zien waarin de patiënt expliciet benoemt wat zijn mentale toestand is.

Fragment 16 (inclusienummer 24)

1 A: •pt maar hoe dan ook (.) euh (.) is het euhm (.) euh
2 prognostisch gunstig dat het graad 1 neuro endocrine tumor
3 betreft
4 [Ja]
5 P: [Ja] ja ik had er weinig over gelezen moet ik eerlijk zeggen,
6 A: Ja
7 P: dit wist ik wel=
8 A: =Dit wist u
9 P: → Ja ik had het ook een beetje van me afgeschoven (.) die
10 → operatie was zo goed verlopen ik denk ja ik moet nog één
11 → dingetje weten -te weten komen
12 A: Ja ja=
13 P: → =maar das goed dat ik me daar niet druk over gemaakt heb

In dit fragment benoemt de arts dat het prognostisch gunstig is dat het om een graad 1 neuro endocrine tumor gaat (r. 1-3). De patiënt selecteert zichzelf en formuleert als reactie op de uitslag dat hij er weinig over gelezen had maar dit wel al wist (r. 5-7). Deze sequentie wordt door de arts herhaald: “Dit wist u” (r. 8). Vervolgens breidt de patiënt zijn sequentie uit met een postexpansie door expliciet zijn mentale toestand te presenteren (r. 9-13). In de gesprekken waarbij de patiënt zijn mentale toestand presenteert, gebeurt dit in de meeste gevallen nadat de arts een conclusie heeft getrokken. De presentatie van de mentale toestand is hiermee tevens een middel tot afsluiting van de sequentie. Fragment zeventien en achttien laten zien hoe de patiënt een evaluatie koppelt aan de uitslag.

Fragment 17 (inclusienummer 43)

1 A: dat betekent dat we u gaan vervolgen;
2 (2.0)
3 en dat u geen chemotherapie of wat dan ook of of

4 [andere vorm]
5 P: [nee nee]
6 A: van therapie [op] dit moment nodig heb;
7 N: [nee]
8 P: ja ja
9 → [nou] dat klinkt toch goe:d
10 A: [du:s]
11 dus het is even investering,
12 P: ja;
13 A: (.) maar tis in ieder geval de moeite waard (.) wat dat
14 betreft;
15 P: ja;

De arts legt uit dat de patiënt vervolgfafspraken krijgt, maar dat chemotherapie of een andere vorm van therapie op dit moment niet nodig is (r. 1-6). De patiënt geeft in eerste instantie continueerders, waarmee hij aantoont dat hij begrijpt wat de arts zegt. Nadat de arts de consequentie van de uitslag heeft samengevat, selecteert de patiënt zichzelf als spreker. Op het zelfde moment wil de arts ook een conclusie trekken, waardoor er sprake is van een korte overlap. De patiënt neemt de beurt en koppelt een evaluatie aan de uitslag: “nou dat klinkt toch goed” (r. 9). Als reactie hierop trekt de arts ook nog een conclusie (r. 11-14). In fragment achttien volgt nog een voorbeeld waarbij de patiënt de uitslag evalueert.

Fragment 18 (inclusienummer 7)

1 A: het is echt een verdikking van die wand zelluf
2 en dat is een (.) ja goedaardige afwijking=
3 N: =ja ja
4 A: dus (.) ja (2.0)
5 P: → nou das mooi
6 A: geen reden tot zorg=
7 N: =ja
8 P: → ja had ik in principe ook al niet
9 A: n:ee j:a maar dat eh (.)
10 N: weet maar [nooit hè]
11 A: [is altijd] beter
12 P: [ja]
13 N: [ja] ja

De arts legt uit dat er sprake is van een goedaardige afwijking (r. 1-2). Vervolgens rondt de arts zijn handeling van de bespreking van de uitslag af door een stilte te laten vallen en reactie van de patiënt relevant te maken (r. 4). De patiënt neemt hier de beurt over en geeft een evaluatie van de uitslag: “nou das mooi” (r. 5). Als reactie hierop zegt de arts dat er daarom geen reden tot zorg is (r. 6). De naaste bevestigt dit direct met “ja” (r. 7). De patiënt

bevestigt dit niet, maar gaat er juist tegenin door te benoemen dat hij geen zorgen had (r. 8). Hierdoor ontstaat enige frictie tussen arts en patiënt. De patiënt gaat niet mee in de 'upshot formulation' van de arts.

Uit de geanalyseerde fragmenten blijkt dat de patiënt bij het bespreken van de testresultaten een evaluatie van de uitslag geeft op twee momenten in het gesprek: nadat de arts zelf al een conclusie heeft gegeven of nadat de arts de consequentie van de uitslag heeft samengevat. Bij het geven van een evaluatie na de conclusie, gaat de patiënt vaak mee met de interpretatie van de arts. In een enkel geval, zoals in fragment achttien, gaat de patiënt niet mee met de evaluatie van de arts. In de gevallen dat de patiënt een evaluatie geeft na de consequentie, heeft de arts vaak nog geen conclusie getrokken en geeft de patiënt een interpretatie op eigen initiatief.

5. Conclusie

Het doel van deze conversatieanalyse was het in kaart brengen van de manier waarop chirurgen pathologische testresultaten rapporteren en hoe de patiënt hieraan deelneemt. Uit de analyse is gebleken dat er vier patronen te herkennen zijn in de manier waarop chirurgen testresultaten rapporteren. Deze vier patronen gaan over de opbouw van de rapportage, het ontwerp van het gespreksdoel, de valentie van het nieuws en het gebruik van medisch jargon. Daarnaast is uit de analyse gebleken dat de patiënt op drie verschillende manieren kan reageren op de testresultaten.

Ten eerste is gebleken uit de analyse dat chirurgen testresultaten rapporteren in een 'discourse-unit' van nieuws geven die uit vier componenten bestaat: aankondiging, uitslag, consequentie en conclusie. Hierbij kan het sequentiële verloop van consequentie en conclusie variëren. In de meeste gevallen formuleert de arts eerst de consequentie, waarmee duidelijk wordt wat de uitslag betekent voor de patiënt. Hierna volgt de conclusie, die vaak wordt vormgegeven als een samenvatting van de uitslag. Ten tweede is gebleken dat de arts het gespreksdoel duidelijk maakt door de uitslag aan te kondigen. De aankondiging kan door de arts worden ontworpen als een wederzijdse interactie of als een mededeling. Met deze formulering construeert de arts de rol van (passieve) nieuwsontvanger of (actieve) gesprekspartner voor de patiënt.

Ten derde is naar voren gekomen dat de arts een valentie aan de uitslag koppelt. Bij 'goed' nieuws wordt de valentie expliciet benoemd na de aankondiging. Bij relatief minder

goed of niet eenduidig nieuws wordt de valentie niet direct expliciet gemaakt door de arts of pas later in de conclusie. Hierdoor is er sprake van onderhandeling over de valentie, waarbij de arts verantwoording opbouwt door inzichtelijk te maken voor de patiënt welke onderdelen van de uitslag gunstig of ongunstig zijn.

Het vierde patroon dat uit de analyse naar voren is gekomen, gaat over het gebruik van medisch jargon. Dit jargon wordt gebruikt door de arts ter specificatie van een diagnose of bij het uitleggen van de procedure van de operatie. Het jargon wordt vaak uitgebreid met een lekenversie. De arts probeert met de lekenversie navolgbaar te maken voor de patiënt wat de uitslag betekent. Hieruit blijkt dat met de lekenversie toegewerkt wordt naar de consequentie van de uitslag. Patiënten blijken zelden herstel te initiëren, waaruit blijkt dat ze in staat zijn om vaktermen te begrijpen of niet op zoek zijn naar (meer) begrip.

Tot slot is gekeken naar de manier waarop de patiënt deelneemt aan het gesprek. Uit de analyse is gebleken dat patiënten op drie manieren reageren op de rapportage. De patiënt kan doorvragen, zijn mentale toestand presenteren of een evaluatie geven. Uit de analyse blijkt dat de patiënt wacht met het geven van een reactie, tot aan het moment dat de arts de valentie expliciet heeft gemaakt. Hieruit blijkt dat de patiënt zich afwachtend opstelt als luisteraar tot het nieuws geleverd is. Uit dit onderzoek blijkt dus dat de patiënt gedurende het bespreken van de testresultaten hoofdzakelijk deelneemt als nieuwsontvanger.

6. Discussie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten bediscussieerd en in een breder kader geplaatst. Hierna volgen de ethische afwegingen die zijn gemaakt, enkele beperkingen van het onderzoek, aanbevelingen voor vervolgonderzoek en maatschappelijke implicaties.

Eenzijds zijn de gevonden resultaten van dit onderzoek grotendeels in overeenstemming met de literatuur dat in de medische wereld een patiëntgerichte benadering wordt gehanteerd (Zandbelt et al., 2007). Artsen doen moeite om voor de patiënt inzichtelijk en navolgbaar te maken wat de uitslag betekent. Dit doet de arts door verantwoording af te leggen en de patiënt toegang te geven tot kennis die nodig is om de uitslag te begrijpen. Deze bevinding komt overeen met de patiëntgerichte benadering, waarbij de arts de patiënt betreft bij beslissingen over ziektebeheer (Zandbelt et al., 2007) en daardoor sprake is van een gelijkwaardige uitwisseling van kennis (Tambuyzer et al.,

2011; Millar et al., 2015).

Het huidige onderzoek is daarmee een aanvulling op het onderzoek van Pomerantz en Rintel (2004). Pomerantz en Rintel (2004) vonden dat door de manier waarop de arts testresultaten rapporteert een voorstel wordt gedaan tot de paternalistische denkwijze of een voorstel dat leidt tot onafhankelijke expertiserollen. Uit het huidige onderzoek blijkt dat de arts de patiënt betrekt bij het bespreken van de pathologische testresultaten, doordat de patiënt wordt voorzien van medische informatie. Deze uitleg en verantwoording van de testresultaten is namelijk enigszins vergelijkbaar met de arts die de patiënt voorziet van numerieke uitlezing (Pomerantz & Rintel, 2004). De arts biedt de patiënt daarmee inzicht in de eigen gezondheid. Hiermee wordt een voorstel gedaan dat in de richting gaat van onafhankelijke expertiserollen (Pomerantz & Rintel, 2004). De patiënt wordt hiermee in staat gesteld om een eigen mening te vormen over de ziekte en behandeling, wat in overeenstemming is met de patiëntgerichte aanpak (Smith & Hoppe, 1991). Uit de analyse blijkt dat een aantal patiënten, met name zij die doorvragen naar aanleiding van de uitslag, deze onafhankelijke expertiserol aannemen.

Anderzijds laat de analyse ook zien dat de patiëntparticipatie vrij minimaal is bij het bespreken van de pathologische testresultaten. Dit komt overeen met de paternalistische denkwijze (Pomerantz & Rintel, 2004). Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen. Een eerste verklaring is dat de testresultaten vaak worden gerapporteerd als 'DU'. Uit het huidige onderzoek blijkt dat de patiënt zich mogelijk door de 'DU' opstelt als 'DU-recipient' en daardoor met name voortgangsondersteunende reacties geeft bij het bespreken van de uitslag. Dit komt overeen met de theorie dat eerst een beurtopbouw eenheid moet worden geproduceerd als mogelijke afsluiting van de 'DU', voordat reactie van de ontvanger volgt (Mazeland, 2003). Dit is een mogelijke verklaring voor het feit dat de patiënt vaak pas reageert nadat de consequentie of conclusie is gegeven, omdat dan duidelijk het handelingsproject van de uitslag is afgerond. Tot die tijd neemt de patiënt de rol aan van luisteraar.

Een tweede verklaring voor het paternalistisch denken is de bevinding dat de arts in zijn rapportage als gevolg van 'pre-allocatie' de leiding in het gesprek heeft en door middel van het aankondigen van het nieuws de patiënt tot nieuwsontvanger dwingt. De aankondiging is hiermee een leveringsmechanisme van de nieuwsgever (Maynard, 2003; Mazeland, 2003). De arts houdt niet alleen het recht op de beurt, maar de patiënt zal alles

wat de arts zegt tot aan de levering van de aangekondigde handeling interpreteren als een voorbereiding daarop (Mazeland, 2003). De arts ontwerpt de aankondiging in een aantal gevallen als wederzijdse interactie (“het bespreken van de testresultaten”). Dit lijkt in een andere richting te wijzen, maar de artsen komen hier niet meer op terug en doen daarmee geen moeite om actieve participatie van de patiënt te stimuleren. Dit impliceert dat de patiënt een meer ondergeschikte rol aanneemt, passend bij het paternalistische ‘model’. Dit suggereert dat met betrekking tot patiëntparticipatie binnen dit type sequentie nog winst te behalen valt. Artsen kunnen mogelijk uit hun ‘DU’ van nieuws mededelen stappen en bijvoorbeeld tussendoor vragen stellen wat een patiënt ervan vindt en of hij de uitslag begrijpt.

Daarentegen kan bediscussieerd worden of het überhaupt wenselijk of nodig is dat patiënten in deze fase van het gesprek actiever participeren. Het bespreken van de testresultaten is namelijk een vrij specialistische interactie. Mogelijk is het onrealistisch om te verwachten dat patiënten in staat zijn deze resultaten onafhankelijk te begrijpen. Deze bevinding spreekt eerder onderzoek tegen waaruit naar voren kwam dat het paternalisme plaats maakt voor het consumentisme, waarbij de patiënt alleen in staat zou zijn om beslissingen te nemen (Roter & Hall, 1992). Roter en Hall (1992) hebben het in hun onderzoek echter over de medische ontmoeting in de breedste zin van het woord. Mogelijk zijn deze bevindingen niet geheel te generaliseren naar de specialistische zorg, maar geldt dit voornamelijk voor de eerstelijnszorg. Uit het huidige onderzoek blijkt het paternalistische ‘model’ namelijk nog steeds in bepaalde mate aanwezig bij het bespreken van de pathologische testresultaten.

Een andere opvallende bevinding van dit onderzoek is dat de arts medisch jargon toepast bij het uitleggen van de procedure van de operatie en dit jargon vervolgens voorziet van lekenuitleg. Het huidige onderzoek is hiermee een aanvulling op eerder onderzoek (Thomas et al., 2014). Thomas et al. (2014) vonden dat cardiologen bij het uitleggen van bepaalde procedures binnen poliklinische consulten geneigd zijn om vaktermen te gebruiken, aangezien dit diep geworteld is in medische consulten. Het huidige onderzoek laat zien dat dit ook geldt voor chirurgen binnen de oncologie bij postoperatieve consulten. Ook de bevinding met betrekking tot de lekenuitleg is een aanvulling op eerdere studies die uitwezen dat artsen bereid zijn om vaktermen uit te leggen (Černý, 2008) en specifiek diagnostisch nieuws in de meeste gevallen wordt voorzien van een lekenuitleg (Maynard,

2006).

Naast de bevinding dat jargon als doel heeft om uitleg te geven over de operatie en om een diagnose te specificeren, zou het gebruik van jargon nog twee doelen kunnen dienen. Het eerste doel is dat de arts met het gebruik van jargon zijn identiteit als professional kan aantonen (Thomas et al., 2014). Het gebruik van jargon kan helpen om de expertise in een bepaald specialisme over te brengen, waarmee de arts de rol inneemt van medisch expert. Het tweede doel is dat vaktermen de mogelijkheid geven aan de patiënt om later nog iets over de ziekte op te zoeken. Dit suggereert dat wanneer artsen deze vaktermen gebruiken, de patiënt de mogelijkheid wordt geboden om op een later moment meer kennis te vergaren over de ziekte. Artsen gaan er dan vanuit dat patiënten geïnteresseerd zijn in deze medische informatie, wat impliceert dat de arts een voorstel doet richting de onafhankelijke expertiserol (Pomerantz & Rintel, 2004).

Kortom, de wetenschappelijke bijdrage van dit onderzoek is dat vastgesteld is op welke manier pathologische testresultaten worden gerapporteerd en welke rollen in de wisselwerking tussen arts en patiënt tot stand komen. Met behulp van deze rollen zijn vervolgens uitspraken gedaan over de patiëntgerichte benadering in de tweedelijnszorg. De manier waarop de chirurg de testresultaten rapporteert, laat zien dat in bepaalde mate patiëntgericht wordt gecommuniceerd. Daarentegen stelt de patiënt zich afwachtend op, wat impliceert dat de paternalistische denkwijze nog enigszins aanwezig is en dat binnen dit type sequentie met betrekking tot patiëntparticipatie nog winst te behalen valt. Tot slot heeft dit onderzoek als meerwaarde dat vanuit een ander perspectief naar de interactie is gekeken en hierbij specialistische consulten zijn geanalyseerd. In eerder onderzoek is de participatie van de patiënt onderzocht door enkel te kijken naar verbale gedragsuitingen van de patiënt (Street Jr & Millay, 2001; Roberts, 2002; Street Jr et al., 2005). Daarnaast zijn de meeste onderzoeken over patiëntparticipatie uitgevoerd binnen de eerstelijnszorg (Zandbelt et al., 2007).

6.1 Ethische afwegingen

Tijdens dit onderzoek was het duidelijk voor de patiënten dat zij deelnamen aan wetenschappelijk onderzoek en dat het medisch consult met twee camera's werd opgenomen. Deze camera's waren zichtbaar aanwezig, waardoor er geen sprake was van misleiding, aangezien registratie van de patiënten opgemerkt gebeurde. De patiënten

werden bovendien vooraf volledig geïnformeerd over het doel van het onderzoek en dat de opnames enkel gebruikt worden voor gespreksanalyses. Een beperking van de zichtbaarheid van de camera's is dat dit mogelijk invloed heeft gehad op het natuurlijk verloop van het gesprek. Voor vervolgonderzoek zou de afweging kunnen worden gemaakt om de camera's wat subtieler aanwezig te laten zijn. Dit dient dan wel voorafgaand aan het gesprek expliciet benoemd te worden, zodat er geen sprake is van misleiding.

Daarnaast zijn de onderzoeksgegevens in vertrouwelijkheid gewaarborgd door de gegevens volledig anoniem te maken. Dit betekent dat alle tot personen herleidbare informatie uit de transcripten is verwijderd door datums te veranderen en namen te vervangen door pseudoniemen. Ook is de data volgens de richtlijnen van de Radboud Universiteit op beveiligde wijze bewaard. De videofragmenten werden in een beveiligde omgeving afgespeeld en zijn enkel gebruikt om te transcriberen. De transcripten zijn vervolgens anoniem opgeslagen en alleen gebruikt door de onderzoeker voor gespreksanalyse in de analysesectie.

6.2 Beperkingen

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Een eerste beperking is dat de dataset alleen uit consulten bestaat waarin patiënten worden behandeld in een postoperatieve fase. De resultaten gelden dus voor één type consult (postoperatieve fase) of enkel binnen het specialisme chirurgie. De resultaten kunnen dus niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar alle specialistische zorg.

Een andere beperking is dat maar drie chirurgen hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Op basis van de manieren waarop deze chirurgen de testresultaten rapporteren zijn vier patronen gevonden. Mogelijk hadden er nog andere patronen kunnen worden blootgelegd wanneer meer chirurgen hadden deelgenomen aan het onderzoek.

Nog een belangrijk punt om aan te halen als beperking is de leeftijd van de patiënten. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 64 jaar, waarbij de jongste patiënt 47 jaar oud is en de oudste patiënt 77 jaar. Uit de analyse bleek dat met name de relatief 'jongere' patiënten (tussen de 47-62 jaar) actiever participeren bij het bespreken van de uitslag. Met deze actieve participatie wordt bedoeld dat deze patiënten meer vragen stellen gedurende het bespreken van de testresultaten. Mogelijk geeft een 'jongere' doelgroep andere resultaten.

Tot slot is een beperking van dit onderzoek dat niet expliciet en consequent gekeken is naar non-verbale gedragingen op het gebied van bijvoorbeeld blikrichting of houding en expressie. Mogelijk kunnen non-verbale gedragingen nog meer input geven over de deelname van de patiënt bij de bespreking van testresultaten. Eerder onderzoek heeft namelijk al aangetoond dat non-verbale communicatie een belangrijke rol speelt in de medische wereld en van invloed is op de interactie tussen arts en patiënt (Silverman & Kinnersley, 2010). Op basis van de huidige studie kunnen met name uitspraken worden gedaan over de deelname van de patiënt naar aanleiding van wat er op verbaal niveau gebeurt.

6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de beperkingen wordt allereerst gesuggereerd om vervolgonderzoek te doen naar het bespreken van testresultaten bij een 'jongere' doelgroep. Een 'jongere' doelgroep is minder opgegroeid met het idee dat de arts de autoriteit is. Uit onderzoek blijkt ook dat leeftijd bepalend is voor de perceptie die patiënten hebben van interacties in de gezondheidszorg (DeVoe, Wallace & Fryer, 2009). Mogelijk dat een 'jongere' doelgroep op een andere manier participeert in het medisch consult en dit tot andere resultaten leidt.

Een volgend verkennend onderzoek kan worden uitgevoerd naar het bespreken van testresultaten binnen andere specialismen. Dit onderzoek richt zich op de rapportage van testresultaten in een postoperatieve fase. Bij dit type consult gaat het om mogelijk kwaadaardig weefsel, wat een zwaar onderwerp is en van invloed kan zijn op de manier waarop wordt gecommuniceerd. Mogelijk dat het bespreken van testresultaten bij een ander type consult op een andere manier verloopt.

Daarnaast dient vervolgonderzoek te worden verricht om te onderzoeken hoe medisch nieuws in het algemeen wordt gerapporteerd. Momenteel is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar hoe de arts testresultaten formuleert in het medisch consult (Paul et al., 2009) en of de patiëntgerichte aanpak wordt gehanteerd in de tweedelijnszorg (Zandbelt et al., 2007). Verder onderzoek is noodzakelijk om hier uitspraken over te kunnen doen.

6.4 Praktische implicaties

Het huidige onderzoek heeft een aantal praktische implicaties. De resultaten laten zien dat de patiënt zich voornamelijk opstelt als nieuwsontvanger bij het bespreken van de pathologische testresultaten. Uit de analyse blijkt dat de arts het bespreken van de

testresultaten aankondigt als wederzijdse interactie of als mededeling. Het is relevant dat artsen de uitslag altijd aankondigen als wederzijdse interactie (“We gaan de uitslag van het weefselonderzoek bespreken”), om actieve participatie van de patiënt te stimuleren. Het is daarbij van belang dat de arts dit niet alleen aankondigt, maar ook hierop terug komt bij het rapporteren van de testresultaten. Dit kan de arts doen door de ‘DU’ als het ware af te breken, door aan de patiënt te vragen wat hij van de uitslag vindt en of hij het allemaal begrijpt. Hierdoor wordt ruimte gecreëerd voor de patiënt om zijn mening te geven of vragen te stellen over de testresultaten, wat bijdraagt aan een hogere patiëntparticipatie.

Een tweede praktische implicatie is dat het relevant is om vaktermen te gebruiken ter specificatie van een diagnose. Wanneer de arts dit doet met als doel de mogelijkheid te bieden aan de patiënt om later nog iets over de ziekte op te zoeken, is het aan te bevelen om deze vakterm aan de patiënt op een briefje mee te geven. Het enkel benoemen van de vakterm is niet voldoende.

Referenties

- Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1990). Patiënt information-seeking behaviours when communicating with doctors. *Medical Care*, *28*(1), 19-28.
- Bensing, J. M., Tromp, F., van Dulmen, S., van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Schellevis, F. (2008). De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten. *Huisarts & Wetenschap*, *51*(1), 6-12.
- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science & Medicine*, *27*(11), 1139-1145. doi: 10.1016/0277-9536(88)90343-7
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: When breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Education and Counseling*, *89*(2), 267-273.
- Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation, and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, *99*, 1923-1939.
- Černý, M. (2008). Some observations on the use of medical terminology in doctor–patient communication. *SKASE Journal of Translation and Interpretation*, *3*, 39–53.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, *44*(5), 681-692. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, *49*, 651–661. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00145-8
- DeVoe, J. E., Wallace, L. S., & Fryer, G. E. (2009). Patient age influences perceptions about health care communication. *Family Medicine*, *41*(2), 126-133.
- Drew, P. (2013). Turn Design. In J. Sidnell, & T. Stivers (Red)., *The Handbook of Conversation Analysis* (1e ed., pp. 131-150). Southern Gate: Blackwell Publishing.
- Eddy, D. M., (1990). Anatomy of a decision. *Journal of the American Medical Association*, *263*, 441-443. doi: 10.1001/jama.1990.03440030128037

- Heritage, J. C., & Clayman, S. (2010). *Talk in Action*. New Jersey: John Wiley And Sons Ltd.
doi: 10.1002/9781444318135
- Heritage, J. C., & Watson, D. R. (1980). Formulations as conversational objects. *Semiotica*, 3(4), 245-262.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G.H. Lerner (Red.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*. (1e ed., pp. 13-31). Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. doi: 10.1075/pbns.125
- Leenen, H. J. J. (1994). De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138(49), 2449-2451.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248
- Maynard, D. W. (2003). *Bad news, good news. Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Maynard, D. W. (2006). "Does it mean I'm gonna die?": On meaning assessment in the delivery of diagnostic news. *Social Science & Medicine*, 62, 1902-1916. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.09.011
- Mazeland, H., & Sauer, C. (1995). Conversatie-analyse van communicatie in institutionele settings: te veel micro, te weinig macro? *Gluc publikatie*, 1, 65-92.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Millar, S. L., Chambers, M., & Giles, M. (2015). Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations*, 19, 209-221. doi: 10.1111/hex.12353
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 25 juni). De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ligt aan de basis van alle zorgverlening. In de WGBO staan de rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen. Geraadpleegd van <https://www.informatielangdurigezorg.nl/wgbo>
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H., & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 45, 2960-2966.

- Pomerantz, A., & Rintel, E.S. (2004). Practices for Reporting and Responding to Test Results during Medical Consultations: Enacting the Roles of 'Paternalism' and 'Independent Expertise'. *Discourse Studies*, 6(1), 9-26. doi: 10.1177/1461445604039437
- Roberts, K. (2002). Exploring participation: Older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 413-420. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02389.x
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Westport, CT: Auburn House
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Schegloff, E. A. (1968). Sequencing in conversational openings. *American Anthropologist*, 70, 1075-1095.
- Schegloff, E. A. & Sacks, H. (1973). Opening Up Closings. *Semiotica*, 8, 289-327. doi: 10.1515/semi.1973.8.4.289
- Silverman, J., & Kinnersley, P. (2010). Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *British Journal of General Practice*, 2, 76-78. doi: 10.3399/bjgp10X482293
- Smith, R. C., & Hoppe, R. B. (1991). The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine*, 115(6), 470-477.
- Street Jr, R.L., Gordon, H.S., Ward, M.M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: Why Some Patients are More Involved Than Others. *Medical Care*, 43, 960-969. doi: 10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70
- Street Jr, R.L., & Millay, B. (2001). Analyzing Patient Participation in Medical Encounters. *Health Communication*, 13, 61-73. doi: 10.1207/S15327027HC1301_06
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2011). Patient involvement in mental care: one size does not fit all. *Health Expectations*, 17, 138-150. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x.
- Thomas, M., Hariharan, M., Rana, S., Swain, S., & Andrew, A. (2014). Medical Jargons as Hindrance in Doctor-Patient Communication. *Psychological Studies*, 59(4), 394-400. doi: 10.1007/s12646-014-0262-x

- Van de Mortel, P. (2018). Medische videoconsulten: herstel in videogemedieerde interactie tussen arts en patiënt (master thesis). Geraadpleegd van <https://theses.ubn.ru.nl/bitstream/handle/123456789/6083/Mortel,%20%20Pien%20Ovan%20de%20%204471318%20Masterscriptie.pdf?sequence=1>
- Verheul, W., & Bensing, J. M. (2008). Het placebo-effect in de huisartsenpraktijk: communicatie als medicijn. *Bijblijven*, 24(2), 38-44.
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., Godfried, M.H., & de Haes, H.C. (2007). Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centred communication matter? *Patient Education and Counseling*, 65, 396-406. doi: 10.1016/j.pec.2006.09.011

Bijlage 1 Overzicht transcriptieconventies

Hieronder is schematisch weergegeven welke transcriptieconventies het meest zijn gebruikt binnen de transcripten (Jefferson, 2004).

Overlap en pauzes	
[spreker 1] [spreker 2]	Er is sprake van overlap; twee of meer sprekers praten tegelijk
Tekst= =tekst	Spreekbeurten volgen elkaar direct op
(.)	Stilte korter dan 0,2 seconde
(2,0)	Stilte van twee seconde
Intonatieverloop	
.	Er is sprake van een dalend intonatieverloop
;	Er is sprake van een 'middeldalend' intonatieverloop
,	Er is sprake van een 'middelstijgend' intonatieverloop
?	Er is sprake van een sterk stijgend intonatieverloop
Uitspraak	
Ei:genlijk	De dubbele punt geeft aan wanneer een klinker langer wordt uitgesproken
MAAR wat bedoel je	Hoofdletters geven aan wanneer bepaalde woorden luider worden uitgesproken
°oke°	Hooggestelde rondjes geven aan wanneer woorden zachter worden uitgesproken
resectie <u>vlak</u>	Tekst die wordt onderstreept wordt nadrukkelijk uitgesproken
•h •hh •hhh	Hooggestelde punt gevolgd door 'h' geeft aan dat de spreker inademt, bij meer 'h's, is de duur van de adem langer
Spreektempo	
>sneller<	Wanneer de spreker sneller praat dan hij 'normaal' doet
<langzamer>	Wanneer de spreker langzamer praat dan hij 'normaal' doet
Transcriptieproblemen	
(?)	De transcribeerder heeft niet verstaan wat de spreker zegt
((lacht))	Non-verbaal gedrag