



Participatie van naasten in een medisch videoconsult en face-to-face consult: een exploratief onderzoek

Een exploratief onderzoek naar participatie van naasten in medische videoconsulten en face-to-face consulten, waarin de uitslag van een weefselonderzoek wordt besproken

Participation of companions in medical video consultations and face-to-face consultations: an explorative study

An explorative study towards participation of companions in medical video consultations and face-to-face consultations, in which the results of an examination are discussed.

Masterscriptie **CIWM401-2018**
Student: Elsemiek Schipper

Opleiding: Radboud Universiteit
 Faculteit der Letteren
 Communicatie- en informatiewetenschappen
 Master Communicatie en Beïnvloeding
 Masterscriptie thema 19

Beoordeling: Eerste beoordelaar: dr. W.J.P. Stommel
 Tweede beoordelaar: dr. H.W.M. Giesbers

Datum: 19-06-2019

Aantal woorden: 11326 (exclusief tabellen en referentielijst)



Radboud Universiteit Nijmegen

'Hoe participeren naasten van patiënten in medische face-to-face en videoconsulten?

Keywords: naastenparticipatie; videoconsult; face-to-face consult; conversatieanalyse;
oncologie

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie over naastenparticipatie in medische (video)consulten. Toen ik een aantal maanden geleden las dat dr. Stommel studenten wilde begeleiden bij een masterscriptie naar medische face-to-face consulten en videoconsulten was ik direct enthousiast. Toen ik solliciteerde voor het thema wist ik dat ik in aanraking zou komen met een (voor mij) nieuwe vorm van onderzoek doen, namelijk conversatieanalyse. Ik had toen echter niet gedacht dat deze manier van onderzoek zo verschilde van een experimenteel onderzoek. De eerste paar weken van het analyseren van de consulten verliepen dan ook stroef. Ik leerde gelukkig snel meer over het analyseren van conversaties en over de bijbehorende transcriptieconventies. Na de vele datasessies met dr. Stommel en medestudenten liep ik tegen een tweede obstakel aan: hoe verwoord je patronen die je hebt gevonden? Gelukkig waren er altijd medestudenten met wie ik kon sparren over mogelijke structuren van rapporteren. Na diverse herschreven versies van mijn analyse is het me eindelijk gelukt! Ik wil mijn medestudenten dan ook bedanken voor het meedenken. Daarnaast wil ik mijn vriend bedanken voor zijn steun tijdens het afronden van mijn master. Verder bedank ik mijn begeleiders dr. Giesbers en dr. Stommel voor hun feedback en verbeter suggesties tijdens het schrijven van mijn masterscriptie.

Natuurlijk ben ik de artsen, patiënten en naasten die bereid waren om opnames te maken en te delen ook dankbaar. Zonder hen had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn scriptie.

Elsemiek Schipper

Nijmegen, 19 juni 2019

Samenvatting

Door technologische ontwikkelingen is het tegenwoordig mogelijk dat artsen, patiënten en hun naasten via video communiceren. Onderzoek naar de communicatie in medische videoconsulten heeft zich tot nu toe enkel gericht op de arts en patiënt, terwijl patiënten vaak begeleid worden door een naaste die ook deelneemt aan het gesprek. Het is van belang om naastenparticipatie te onderzoeken, aangezien naasten invloed kunnen hebben op de patiëntparticipatie, behandeling en zelfs de gezondheid van de patiënt. In een videoconsult is de naaste echter per definitie anders of niet zichtbaar voor de arts als gevolg van het perspectief van de camera. In deze scriptie wordt dan ook het verschil tussen de participatie van naasten in videoconsulten en face-to-face consulten onderzocht. Dit werd gedaan door een kwalitatieve conversatieanalyse van consulten in beide condities en een kwantitatieve vergelijking van het aantal geproduceerde woorden van naasten, patiënten en artsen in beide gespreksvormen. De data bestaan uit dertien videoconsulten en tien face-to-face consulten. Deze zijn onderdeel van het zorgtraject van een tumorresectie, waarin de uitslag van het weefselonderzoek wordt besproken. De analyse heeft aangetoond dat een naaste volgens verschillende rollen kan participeren: de naaste als stille getuige, actieve luisteraar, souffleur van de patiënt, actieve gesprekspartner of als primaire gesprekspartner van de arts. De manieren waarop naasten deze rollen aannemen, laten subtiele verschillen zien tussen videoconsulten en face-to-face consulten. Ook uit de kwantitatieve vergelijking blijkt een subtiel verschil, namelijk dat naasten in face-to-face consulten een hogere mate van verbale participatie hebben (10%) dan naasten in videoconsulten (6%). Hieruit kan gesteld worden dat het medium 'video' geen negatieve invloed heeft op het verloop van het gesprek en op de deelname van een naaste aan het gesprek, ondanks de verminderde zichtbaarheid voor de arts. Vervolgonderzoek dient aan te tonen of de naasten de participatierollen ook aannemen in andere medische (video)consulten.

Inleiding

Het is tegenwoordig niet meer vanzelfsprekend dat een arts en patiënt in dezelfde fysieke ruimte zitten om de gezondheidstoestand van de patiënt te bespreken (Matusitz & Breen, 2007; Oh, Rizo, Enkin, & Jadad, 2005). Door de technologische ontwikkelingen en de komst van internet zijn er namelijk diverse mogelijkheden ontstaan om digitaal te communiceren in de zorg. Het digitaal communiceren geeft de mogelijkheid om op afstand zorg te ontvangen (Kvedar, Coye, & Everett, 2014). Zo is het tegenwoordig voor de arts en patiënt mogelijk om via video-gemedieerde consulten te communiceren (Hazin & Qaddoumi, 2010).

Gesprekken via video verlopen volgens diverse onderzoekers anders dan *face-to-face* consulten (Arminen, Licoppe, & Spagnolli, 2016). Zo is de non-verbale communicatie anders in face-to-face consulten dan in videoconsulten. Bij videoconsulten komt het vaak voor dat gesprekspartners gebaren maken buiten het zicht van de camera (Aggarwal, Bernd, Frank, Mark, & Thuong, 2016). Bij face-to-face consulten is het mogelijk om de gesprekspartner geheel te zien, terwijl in videoconsulten de camera vaak gericht is op het bovenlichaam van de gesprekspartner (Aggarwal et al., 2016). Als de camera gericht is op de gesprekspartners en niet op eventuele andere aanwezigen (zoals naasten), zijn deze derden (grotendeels) niet zichtbaar voor de gesprekspartner aan de andere kant van de verbinding (Arminen et al., 2016). Tegelijkertijd leidt de digitalisering van zorg ertoe dat er steeds meer gebruik wordt gemaakt van videoconsulten (Hazin & Quaddoumi, 2010; Zilliacus et al., 2011).

Het betrekken van naasten in een medisch consult is belangrijk voor het zorgtraject van de patiënt, bijvoorbeeld bij belangrijke keuzes in het traject (Brown, Brett, Stewart, & Marshall, 1998; Laidsaar-Powell et al., 2013). Desondanks is er weinig onderzoek gedaan naar de participatie van naasten in medische consulten en nog geen onderzoek naar een mogelijk verschil tussen videoconsulten en face-to-face consulten. Het huidige onderzoek is daarom gericht op de vergelijking tussen de participatie van naasten in videoconsulten en face-to-face consulten.

Consequenties videoconsulten

De digitalisering heeft allerlei consequenties voor de zorg en de interactie met patiënten. Diverse onderzoekers hebben de consequenties voor videoconsulten in de zorg bestudeerd. Zo vinden Harper, Watson en Licoppe (2017) en Pappas en Seale (2009) dat videoconsulten vaak technische moeilijkheden met zich mee brengen die de relatie tussen arts en patiënt kunnen verstoren. Zo kan een videoconsult minder 'echt' overkomen (Hjelm, 2005). Een patiënt kan

het beeld waarop de arts te zien is vergelijken met het kijken naar een televisieprogramma. Hierdoor is het mogelijk dat de inhoud van het gesprek via video niet tot de patiënt doordringt (Hjelm, 2005).

Toch brengt het gebruik van videoconsulten diverse voordelen met zich mee. Allereerst is de tijdsduur van een videoconsult vaak korter dan een face-to-face consult (Liu et al., 2007). Dit kan leiden tot kostenbesparing (Kvedar et al., 2014). Ten tweede is het videoconsult ook voor de patiënten tijdefficiënt (Hjelm, 2005). Patiënten hoeven immers niet meer de reis naar het ziekenhuis af te leggen (Bouma et al., 2018). Ten slotte kan een videogesprek minder intimiderend zijn dan een face-to-face consult, waardoor patiënten en hun naasten meer vragen durven te stellen en een actieve en participerende rol kunnen aannemen (Alpert, Dyer, & Lafata, 2017).

Hoewel verschillende onderzoekers consequenties van videoconsulten hebben onderzocht, is er nog onduidelijkheid over de consequenties van deze digitalisering voor de interactie tijdens het consult. Een consult is een institutioneel gesprek dat deels voorgestructureerd is (Mazeland 2012). In institutionele gesprekken oriënteren deelnemers zich op een bepaald institutioneel doel en een fasering van het gesprek. Het is echter mogelijk dat de interactie in videoconsulten tot andere oriëntaties leidt die de organisatie van het gesprek en de constructie van de relatie beïnvloeden (Licoppe & Morel, 2012). Het is van belang om de consequenties hiervan te onderzoeken, omdat in de interactie de relatie tussen arts en patiënt geconstrueerd wordt en omdat de interactie consequenties kan hebben voor de behandeling en daarom ook de gezondheid van de patiënt. Om de consequenties van de digitalisering in de vorm van videoconsulten te onderzoeken, is het van belang uit te gaan van hoe deelnemers interactie organiseren en zich oriënteren op institutionele doelen en relaties.

De organisatie van interactie

Conversatieanalyse is een vaak gebruikte methode om interactie in consulten te analyseren. Deze analyse is gericht op hoe mensen communiceren in een gesprek en wat dat betekent voor de interactie en relatie tussen de gespreksdeelnemers (Liddicoat, 2007). Een belangrijk uitgangspunt van gespreksdeelnemers is *recipient design* (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974). Recipient design betekent dat participanten in een gesprek hun manier van praten aanpassen aan de gesprekspartner. In een gesprek worden bovendien allerlei sociale handelingen en activiteiten verricht. Hiervoor gebruiken ze verschillende niveaus of dimensies van interactie.

De eerste dimensie van interactie, waarmee sprekers oriëntaties laten zien, is beurtwisseling (Mazeland, 2012; Sidnell, 2010). In ieder gesprek vinden beurtwisselingen

plaats. Hierdoor spreken gespreksdeelnemers weinig door elkaar heen. Ook worden lange stiltes in gesprekken vermeden, want lange stiltes kunnen tot bepaalde (onjuiste) interpretaties leiden en als ongemakkelijk worden ervaren. In een gesprek met meer dan twee deelnemers komt het vaak voor dat niet alle deelnemers van het gesprek aan het woord zijn. De deelnemers die niet actief verbaal participeren in het gesprek, zullen vooral luisteraars zijn van het gesprek (Mazeland, 2012). De deelnemers van het gesprek bepalen waar en wanneer een beurtwisseling plaatsvindt. Een deelnemer kan zowel verbaal als non-verbaal laten weten dat hij de beurt wil overnemen (Goodwin, 1979). Een beurtoverdracht kan plaatsvinden bij een mogelijk beurtvoltooiingspunt. Dit is een plaats in het gesprek waar van beurt gewisseld kan worden (Mazeland, 2012).

Een tweede dimensie van gesprekken is sequentieorganisatie. Dit zijn geordende opeenvolgende beurten die plaatsvinden in gesprekken. In sequenties worden gemeenschappelijke interactionele projecten gecoördineerd door de gespreksdeelnemers (Mazeland, 2012). Een sequentie kan bestaan uit een aangrenzend paar met een tweeledige structuur. Het eerste deel hiervan begint de sequentie en het tweede deel maakt het gemeenschappelijke handelingsproject compleet (Liddicoat, 2007). Het stellen van een vraag is bijvoorbeeld een “sequentiële techniek”. De vraag begint de interactionele activiteit en wordt het eerste paardeel genoemd. Het antwoord (het tweede paardeel) wordt relevant gemaakt door het eerste paardeel. De productie ervan maakt de handelingsactiviteit (de sequentie) af. De interactionele activiteiten die een handelingsactiviteit als doel hebben, hebben een overeenkomende sequentiële structuur en drie overeenkomende eigenschappen: ‘1) een aangrenzend paar bestaat uit twee uitingen, 2) die aangrenzend geplaatst zijn, en 3) door verschillende sprekers in aparte beurten geproduceerd worden’ (Mazeland, 2012, p.83).

Een sequentie kan ook een complexere structuur hebben, bijvoorbeeld als er meer dan twee beurten nodig zijn om het handelingsproject te bereiken. Dit wordt ook wel sequentie-expansie genoemd (Mazeland, 2012). Er zijn drie vormen van sequentie-expansie (Liddicoat, 2007). Deze kan zowel voorafgaand aan het eerste paardeel (pre-expansie), tussen het eerste en tweede paardeel (insertie-expansie) en na het tweede paardeel (postexpansie) worden gedaan. De vraag ‘mag ik u wat vragen?’ is een voorbeeld van een pre-expansie, omdat die voorbereidt op de eigenlijke vraag. Sequenties en hun expansies vormen een context van de uiting, die noodzakelijk is om de interactie adequaat te interpreteren (Mazeland, 2012).

Een derde dimensie van interactie is herstel (Mazeland, 2012). Het kan voorkomen dat een gespreksdeelnemer zijn uiting niet op een juiste wijze formuleert of er niet in slaagt een adequate interpretatie te geven aan de uiting van de ander. Dit kan een probleem zijn voor het

gesprek. Het oplossen hiervan wordt herstelwerk genoemd. Herstel kan geïnitieerd worden door alle gespreksdeelnemers, door bijvoorbeeld te vragen om verduidelijking (Liddicoat, 2007). Het vragen om verduidelijking wordt in het domein van medische communicatie als een onderscheidende vorm van participatie gezien (Street & Gordon, 2008).

Een vierde dimensie van gesprekken is topicverandering (Mazeland, 2012). Het aandragen van een *topic* kan door alle gespreksdeelnemers worden gedaan. Het veranderen van een topic kan in gesprekken op een geleidelijke wijze worden aangedragen. Bij een geleidelijke natuurlijke wijze van topicverandering kan de gesprekspartner uit de context afleiden wat de link is tussen de interactie en een topic. Het aandragen van een topic kan ook op een abrupte wijze gedaan worden. Een topic dat wordt aangedragen heeft dan geen directe link met de interactie of het voorgaande topic. Kortom: beurtwisselingen, sequentieorganisatie, herstel en topicverandering zijn dimensies van gesprekken die door conversatieanalyse op microniveau onderzocht kunnen worden.

Visuele aspecten in videoconsulten

Naast de verbale interactie spelen ook visuele aspecten een rol in communicatie, zoals lichaamstaal van de personen die deelnemen aan het gesprek (Garcia, 2013; Liddicoat, 2007). Licoppe (2017) stelt dat het belangrijk is om visuele gebaren in video-gemedieerde interactie als interactionele handelingen te analyseren. Een visueel gebaar is volgens Licoppe (2017) een manier om sequenties te organiseren. Fronsens is bijvoorbeeld een manier om aan te geven dat iets in het gesprek niet duidelijk is of dat de gespreksdeelnemer iets niet begrijpt. De andere gespreksdeelnemer zal naar aanleiding van het fronsen reageren met een actie die geïnitieerd kan worden als herstel (Rasmussen, 2014). Knikken is juist een manier om te laten zien dat het voor de gespreksdeelnemer duidelijk is wat door de gesprekspartner wordt verteld en dat de gespreksdeelnemer het begrijpt (Aoki, 2011). Het horizontaal schudden van het hoofd kan een gebaar zijn waarmee de gespreksdeelnemer iets wil ontkennen of 'nee' wil zeggen (Kendon, 2002). Ook de blikrichting speelt een rol in communicatie. De blikrichting van een gespreksdeelnemer kan bijvoorbeeld richting een gesprekspartner gaan, waarmee hij aangeeft dat die persoon de beurt mag overnemen (Rasmussen, 2014).

Participatie van naasten in een videoconsult

Uit onderzoek naar medische face-to-face consulten blijkt dat naasten het verloop van een medisch consult kunnen beïnvloeden (Schilling et al., 2007; Street & Gordon, 2008). De specifieke invloed hangt af van de verschillende rollen die een naaste kan hebben in een

medisch consult. Street en Gordon (2008) onderscheiden drie rollen: een (participerende) partner, een passieve naaste of een rol als gevolmachtigde. Een naaste met rol als partner participeert evenveel als een patiënt. Een passieve naaste observeert wat er in het gesprek gaande is. Een gevolmachtigde is een naaste die het meest aan het woord is, in plaats van de patiënt.

Naasten participeren door vragen te stellen, zorgen uit te drukken of een mening te geven (Street & Gordon, 2008). Dit kan de participatie van patiënten verhogen (Gonçalves et al., 2005). In het medische domein wordt participatie van de patiënt belangrijk gevonden, omdat de patiënt daarmee meer controle krijgt over het behandeltraject (Hubbard, Kidd, Donaghy, McDonald, & Kearney, 2007). Ook kan participatie van naasten effect hebben op de tevredenheid van een patiënt en zelfs op de gezondheid van een patiënt (Golin, DiMatteo, & Gelberg, 1996). Het is nog niet duidelijk hoe naasten communiceren en zich gedragen in een medisch videoconsult (Eggly et al., 2006; Laidsaar-Powell et al., 2013). Volgens Schilling et al. (2002) is het daarom belangrijk dat de manier waarop de naaste communiceert en zich gedraagt in een medisch videoconsult wordt onderzocht.

Bovendien is er weinig onderzoek gedaan naar de conversaties tussen arts, patiënt en een naaste in videoconsulten, terwijl uit voorgaande onderzoeken blijkt dat een videoconsult anders verloopt dan een face-to-face consult (Kvedar et al., 2014; Licoppe & Morel, 2012). Ook blijkt dat de mate van participatie van patiënten in beide consulten verschillend is (Tachakra & Rajani, 2002). Daarom kan verwacht worden dat participatie van naasten ook verschilt. Uit het onderzoek van Speice et al. (2002) blijkt dat het digitaal communiceren de naasten de gelegenheid geeft om direct vragen te stellen aan de arts, waardoor de naasten mogelijk meer kunnen participeren in videoconsulten dan tijdens face-to-face consulten.

Hoewel bij videoconsulten visuele aspecten van de context beschikbaar zijn (in tegenstelling tot andere digitale communicatiemiddelen), zijn niet per se alle gespreksdeelnemers in beeld (Licoppe & Morel, 2012). Dit is ook het geval in medische videoconsulten. Tijdens de communicatie in videoconsulten is de camera gericht op de patiënt en de arts, waardoor een naaste mogelijk niet in beeld is (Arminen et al., 2016). Het kan dan ook voorkomen dat de arts zich er niet van bewust is dat er een naaste ‘deelneemt’ aan het gesprek.

Om deze ‘onzichtbaarheid’ van de naaste tegen te gaan, kan de patiënt de camera richten op de naaste zodra diegene aan het woord is (Licoppe & Morel, 2012). Een naaste kan zelf ook een beurt opeisen door een interactieve beweging te maken, bijvoorbeeld door een hand op te steken. De naaste verwacht dat hierop wordt gereageerd door de andere gespreksdeelnemers

(Licoppe & Morel, 2012). Maar dit betekent wel dat de naaste mogelijk “extra werk” moet verrichten om aan het videogesprek deel te nemen vergeleken met een face-to-face consult. Het is dus nog een open vraag hoe de participatie van naasten er in een videoconsult uit ziet.

Om inzicht te krijgen in het verschil tussen de participatie van naasten tijdens een interactie in een videoconsult en een face-to-face consult, maakt het huidige onderzoek een vergelijking hiertussen. Hierdoor kunnen consequenties van het videoconsult op de interactie worden vastgesteld. De onderzoeksvraag is:

‘Hoe participeren naasten van patiënten in medische face-to-face en videoconsulten?’

Deze onderzoeksvraag wordt ondersteund door twee deelvragen:

- 1) *Op welke interactionele manieren participeren naasten van patiënten in medische face-to-face en videoconsulten?*
- 2) *In welke mate participeren naasten van patiënten verbaal in medische face-to-face en videoconsulten?*

Methode

In het onderzoek werd een vergelijking gemaakt tussen de participatie van naasten in face-to-face consulten en videoconsulten, waarbij de mate van participatie van naasten op microniveau in kaart is gebracht. De onderzoeksvraag werd beantwoord door gebruik te maken van zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve onderzoeksmethode.

Data

In dit onderzoek werden video-opnames van face-to-face consulten en videoconsulten geanalyseerd van RadboudUMC in Nijmegen. Deze vonden plaats tussen juni 2017 en mei 2018. Tijdens deze consulten werd de uitslag van weefselonderzoek besproken. De consulten waren onderdeel van het zorgtraject van een tumorresectie. De participanten van de gesprekken waren artsen, patiënten die een buikoperatie hebben ondergaan om (een mogelijk) kwaadaardig weefsel te verwijderen en hun naasten (zoon, dochter, partner, moeder).

Dit onderzoek bouwde voort op eerder onderzoek naar medische (video)consulten binnen RadboudUMC. Er werd daarom gebruik gemaakt van data die al eerder verzameld waren. Dit onderzoek met de data werd door een erkende medisch-ethische toetsingscommissie getoetst, omdat het om medisch wetenschappelijk onderzoek ging. De videoconsulten werden

gevoerd via de beveiligde software ‘Facetalk’. Beide gespreksvormen werden opgenomen met camera’s die door coassistenten werden geïnstalleerd en werden gericht op zowel de arts als de patiënt of het scherm. De consulten vonden ongeveer twee weken na de tumorresectie plaats. In totaal werden 48 consulten opgenomen. Van deze consulten werd nagegaan, vanuit het perspectief van de arts, of een naaste zichtbaar of hoorbaar deelnam aan het gesprek. Er werden daarna alleen consulten geanalyseerd waarvan bekend was dat een naaste aanwezig was (52% van de consulten). Van de 25 consulten waar een naaste aanwezig was, werden twee consulten uitgesloten. Een consult werd uitgesloten, omdat de patiënt de toestemming voor het gebruik hiervan had ingetrokken. Een tweede consult werd uitgesloten, omdat dit gesprek heel veel verschilde van andere gesprekken, doordat meerdere artsen aanwezig waren. In totaal werden 23 consulten geanalyseerd, waarvan dertien videoconsulten en tien face-to-face consulten. Van deze geselecteerde data waren drie mannelijke artsen in beeld en tien mannelijke en dertien vrouwelijke patiënten. Van de naasten die tijdens het consult zichtbaar aanwezig waren of van wie de aanwezigheid duidelijk was, waren twaalf mannelijke naasten en veertien vrouwelijke naasten. In Tabel 1 is per geïnccludeerd consult het geslacht van de patiënt en naasten en, indien bekend, de relatie tussen hen weergegeven.

Tabel 1. Overzicht gender en relatie patiënt en naaste

Inclusienummer	Gender patiënt	Gender naaste	Relatie patiënt en naaste
2	Vrouw	Man	Partners
3	Man	Vrouw	Partners
4	Vrouw	Man	Partners
5	Vrouw	Vrouw	Moeder en dochter
6	Vrouw	Man	Onbekend
10	Man	Vrouw	Vader en dochter
11	Man	Vrouw	Partners
13	Vrouw	Man	Onbekend
14	Man	Vrouw	Onbekend
17	Vrouw	Vrouw	Dochter en moeder
18	Man	Vrouw	Partners
20	Vrouw	Man	Moeder en zoon
22	Vrouw	Man	Moeder en zoon

25	Man	Twee vrouwen	Een vrouw is de partner en de relatie met de andere vrouw is onbekend
27	Vrouw	Man	Onbekend
29	Vrouw	Man	Partner
31	Man	Vrouw en man	De vrouwelijke naaste is partner van de patiënt, de mannelijke naaste de zoon
32	Vrouw	Man en vrouw	Onbekend
33	Vrouw	Man	Onbekend
19	Vrouw	Man	Onbekend
41	Man	Vrouw	Vader en dochter
43	Man	Vrouw	Vader en dochter
44	Man	Vrouw	Onbekend

Methode van analyse

In dit onderzoek werd, voor beantwoording van de eerste deelvraag, gebruik gemaakt van de kwalitatieve methode conversatieanalyse. Conversatieanalyse is een geschikte methode voor onderzoek, omdat er gebruik gemaakt werd van natuurlijke data en omdat de methode bij uitstek geschikt is voor microanalyse (Ten Have, 2007). Transcripten van de opgenomen gesprekken dienden als representatie van de gesprekken, omdat ze het mogelijk maakten het gesprek als geheel “stil te zetten” (Ten Have, 2007). In het kader van eerder onderzoek naar de verzamelde data waren alle gesprekken met naasten al getranscribeerd volgens de conversatieanalytische conventies (Ten Have 2007).

Eerst werd er een verzameling gemaakt van alle sequenties waarin de naaste verbaal of non-verbaal (zichtbaar op het scherm) participeert (“iets doet”). De transcripten van deze sequenties werden gespecificeerd, met name met betrekking tot lichamelijke handelingen. Vervolgens werden de sequenties geanalyseerd op beurtwisseling, sequentieorganisatie, herstel en topicverandering. Dat betekent dat ook werd geanalyseerd of de participatie van de naaste werd geïnitieerd door de arts (door middel van een eerste paardeel), patiënt of door de naaste zelf. De arts kan de naaste bijvoorbeeld uitnodigen om de beurt te nemen. Een voorbeeld uit een consult hiervan is: ‘heeft uw vrouw misschien nog vragen?’. Een naaste kan ook zelf initiatief nemen tot participatie door middel van een eerste paardeel. Een voorbeeld hiervan is: ‘kun je iets vertellen over de kans dat het terugkomt?’. Bij zelfgeïnitieerde bijdragen werd daarnaast de visuele kant van de participatie van de naaste geanalyseerd: welke lichamelijke

middelen zet de naaste in om de beurt te kunnen nemen? Maar ook: hoe neemt een naaste de beurt als hij/zij niet zichtbaar is?

Naast deze kwalitatieve analyse werd, voor beantwoording van de tweede deelvraag, de verbale participatie van een naaste met een kwantitatieve onderzoeksmethode onderzocht, namelijk door het aantal geproduceerde woorden van de naaste te vergelijken met het aantal woorden dat werd geproduceerd door de arts en patiënt, zoals ook gedaan in voorgaand onderzoek naar participatie van naasten (Eggly et al., 2006; Street & Gordon, 2008). Hierdoor kon onderzocht worden of er een verschil was in de mate van verbale participatie per medium. Ook kon hierdoor geanalyseerd worden of naasten meer verbaal participeerden als de mate van verbale participatie van een arts lager was (Schmid, Hall, & Roter, 2007). De transcripten die van de consulten gemaakt zijn, werden als leidraad gebruikt voor de meting van het aantal woorden in de gesprekken. De transcriptieconventies die de gedetailleerde aspecten van het gesprek aanduiden werden niet meegeteld. Non-verbale uitingen, zoals knikken of wijzen, werden ook niet meegeteld. Alleen verbale woorden werden meegeteld, waaronder continueerders. Op basis van onderstaand fragment is een voorbeeld gegeven van de telling van het aantal woorden.

Fragment 1 (inclusienummer 39)

1.	A:	ja [dus-]
2.	P:	[DAAR] HEBBEN jullie ook niks (?)
3.	A:	(1.0) daar hebben wij niks aangedaan;
4.		nee;
5.	N:	(1.8) EN DIE (.) die bestaat altijd,
6.	A:	(.7) JA die bestaat altijd ja;
7.		(.8) want de gal moet uiteindelijk in de <u>darm</u> komen om mee te
8.		helpen aan de <u>ver</u> tering van het voedsel;
9.		he;

In Fragment 1 heeft de echtgenoot (N) van de patiënt vijf woorden gesproken. De arts (A) spreekt 33 woorden en patiënt (P) produceert vijf woorden. Gezamenlijk produceren de gespreksdeelnemers 43 woorden.

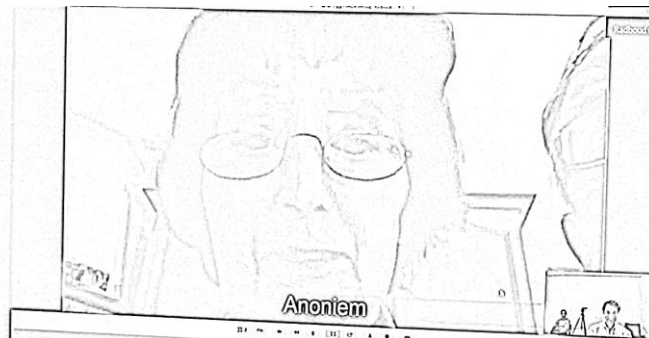
Analyse

Uit de conversatieanalyse van de consulten blijkt dat er verschillende rollen van naastenparticipatie voorkomen. Per rol wordt een voorbeeld gegeven van een fragment uit een videoconsult en uit een face-to-face consult, waarna een vergelijking gemaakt wordt tussen de gespreksvormen per rol. De geïdentificeerde participatierollen zijn: de naaste als stille getuige,

actieve luisteraar, souffleur van de patiënt, actieve gesprekspartner en primaire gesprekspartner van de arts. De meeste naasten wisselen van rol tijdens het gesprek (Laisaar-Powell et al., 2013). Zo kan de naaste bijvoorbeeld eerst optreden als souffleur, maar later als actieve gesprekspartner. Deze rollen worden in dit hoofdstuk verder toegelicht aan de hand van fragmenten. In de fragmenten staat N voor de naaste (N1 en N2 als er twee naasten zijn), P voor patiënt en A voor arts.

De naaste als stille getuige

De naaste kan participeren als stille getuige. Een naaste als stille getuige is aanwezig bij het videogesprek, maar participeert niet verbaal en niet non-verbaal. Deze rol komt alleen bij videoconsulten voor. Binnen face-to-face consulten is een naaste namelijk altijd zichtbaar voor de arts en neemt de naaste altijd non-verbaal deel aan het gesprek (bijvoorbeeld door blikrichting en te knikken), terwijl binnen videoconsulten de naaste niet altijd zichtbaar (dus buiten beeld) is voor de arts. Als een naaste buiten beeld is of alleen gedeeltelijk zichtbaar, zijn eventuele non-verbale gedragingen niet zichtbaar voor de arts. Een voorbeeld hiervan is onderstaand fragment uit een videoconsult waar de arts zich realiseert dat er een naaste aanwezig is, omdat een klein randje van het hoofd van de naaste kort in beeld kwam (Afbeelding 1). In Fragment 2 merkt de arts op dat hij de naaste in beeld zag.



Afbeelding 1

Fragment 2 (inclusienummer 4)

-
- | | | |
|----|-----|--|
| 1. | A:→ | IK ZAG EEN RANDJE VAN UW <u>MAN</u> in beeld zag ik. |
| 2. | | (2.9) |
| 3. | P: | wat zegt u? |
| 4. | A: | •h IK ZEG NET EEN RANDJE VAN HET HOOFD VAN UW <u>MAN</u> (.) in beeld. |
| 5. | | (0.5) die is t'r <u>ook</u> bij denk [ik of] niet; |
| 6. | P: | [oh;] |
| 7. | | (1.3) |
| 8. | A: | [ja] |
| 9. | P: | [ja] die zi- hij zit hier naast <u>mij</u> ; |
-

De arts ziet een randje van de naaste in beeld en merkt dit op (r. 1). De patiënt verstaat niet wat de arts zegt en initieert herstel (r. 3). De arts realiseert het herstel door nogmaals te zeggen dat hij de naaste in beeld zag (r. 4). De patiënt bevestigt deze bevinding door te zeggen dat haar man naast haar zit (r. 9). De vraag die de arts formuleert is gericht aan de patiënt, aangezien hij over de naaste praat als ‘die’ en ‘uw man’. De vraag wordt dan ook beantwoord door de patiënt en de naaste blijft stil. Direct nadat de arts deze vraag heeft gesteld, verdwijnt de naaste uit beeld en laat zich tijdens het gesprek niet meer zien of horen.

De naaste als actieve luisteraar

De naaste kan tijdens het gesprek luisteren naar wat de arts en patiënt bespreken. Een naaste als actieve luisteraar voegt weinig toe in het gesprek. De manier waarop deze rol kan worden uitgevoerd door een naaste verschilt tussen videoconsulten en face-to-face consulten.

Videoconsult

Een voorbeeld van een naaste als actieve luisteraar in een videoconsult is in Fragment 3 weergegeven. In dit voorbeeld is de naaste zichtbaar in beeld voor de arts.

Fragment 3 (inclusienummer 27)

1.	P:	nou DOE DAT want=
2.	A:	=ja=
3.	P:	=ja want toen ik toen ik de diëtiste aan de LIJN kreeg (0.3)
4.		toen zei ik tegen het gaat HARStikke goed en ik had voor mezELF
5.		het gevoel;
6.	N:→	Hmhm
7.	P:	dat ik beHOOrlijk op gewIcht gebleven was >maarja als je dan op
8.		de weegschaal gaat staan en je bent inderdaad afgevallen< (.)
9.		dan moet je natuurlijk wel een beetje uh=
10.	A:	=MAAR (.) goed MISSCHIEN VALT HET INDERDAAD OOK MEE en U:H kijk
11.		UITEINDELIJK willen we ook zonder die fleSjes kunnen dus ik
12.		bedoel ja dat is wel uh DAT IS WEL HET streven;
13.		(0.7)
14.	P:	[ja]
15.	N:→	[ja]ja ja
16.	P:	en maar ik heb WEL HET IDEE dat ik behOOrlijk uh (0.2) althans
17.		dat ik behoorlijk EET;(0.2)
18.		als ik zie wat ik vOOR DIE TIJD AT (.) kijk (.) toen at ik drie
19.		keer op een DAG maar >smOrgens at ik niet zo veel en smIddags
20.		at ik niet zo veel< maar SAVONDS ik was een goeie warme eter;
21.	N:→	[ja]
22.	A:	[ja]

In dit fragment laat de naaste blijken dat hij aan het luisteren is naar wat er wordt gezegd. Dit doet hij door gebruik van continueerders, zoals ‘hmhm’ (r. 6). Ook laat de naaste later in het fragment weten dat hij aan het luisteren is, dit keer door ‘ja’ te zeggen (r. 15/21). Deze

continueerders bevestigen dat de naaste aan het luisteren is en dat hij begrijpt wat er wordt gezegd (Mazeland, 2012; Schegloff, 1982). Sommige naasten laten daarnaast non-verbaal weten (door te knikken) dat zij begrijpen wat er wordt gezegd. Toch worden de non-verbale uitingen vaak verbaal ondersteund, wellicht vanwege de onzekerheid of de arts de non-verbale gedragingen ziet.

Face-to-face consult

In face-to-face consulten laten naasten zien een actieve luisteraar te zijn door middel van non-verbale communicatie en minder door gebruik te maken van verbale continueerders. Dit doet een naaste bijvoorbeeld door te knikken of nee te schudden (Aoki, 2011; Kendon, 2002). Ook laat de naaste zien dat hij/zij het gesprek volgt door zijn/haar blik te richten op diegene die aan het woord is.

Vergelijking

Een naaste heeft weinig verbale inbreng in het gesprek tijdens het uitvoeren van de rol als actieve luisteraar. Hierdoor behandelt de arts de naaste minimaal als een gesprekspartner. De rol van actieve luisteraar blijkt tijdens bespreking van de weefseluitslag aangenomen te worden. Zodra dit topic een voltooiingspunt heeft bereikt kan de naaste een andere rol op zich nemen. Hierdoor kan de naaste later in het gesprek wel verbale inbreng hebben en invloed hebben op het verloop van het consult.

Opvallend is dat de naasten in videoconsulten op een andere wijze laten blijken dat zij optreden als actieve luisteraar dan naasten in face-to-face consulten. Een naaste in een videoconsult maakt soms gebruik van non-verbale uitingen, zoals knikken en schudden van het hoofd. Als de naaste non-verbale uitingen produceert, ondersteunt de naaste deze met verbale uitingen. Waarschijnlijk doet de naaste dit vanwege de onzekerheid of de arts de non-verbale gedragingen ziet. Dit komt doordat de hoeveelheid pixels van het computerscherm en de kwaliteit van de videoverbinding dit kan beperken (Aggarwal et al., 2016). De naaste in videoconsulten laat vooral vaak verbaal blijken dat hij/zij aan het luisteren is. Dit doet hij/zij door gebruik te maken van continueerders, zoals 'ja', 'oke' of 'hm' (Mazeland, 2012; Schegloff, 1982). Een naaste in face-to-face consulten laat zien dat hij/zij als luisteraar optreedt door vooral het gebruik van non-verbale communicatie, zoals ja knikken en nee schudden. Daarnaast richten naasten in face-to-face gesprekken hun blik op diegene die aan het praten is

(Afbeelding 2), terwijl de naasten in videoconsulten vooral hun blik richten op het scherm (Afbeelding 3) (Aggarwal et al., 2016).



Afbeelding 2



Afbeelding 3

In Afbeelding 2 is de naaste diegene met zijn armen over elkaar en luistert hij naar de arts die aan het woord is. In Afbeelding 3 is de naaste de rechter persoon op het beeldscherm.

De naaste als souffleur van de patiënt

De naaste blijkt regelmatig te participeren als souffleur. Dit doet de naaste door te helpen herinneren aan onderwerpen die behandeld moeten worden, het bieden van informatie of het helpen beantwoorden van vragen.

Videoconsult

Onderstaand fragment laat zien hoe deze manier van participatie plaatsvindt binnen videoconsulten. In het fragment vindt een conversatie plaats tussen een arts, een patiënt en twee naasten (N1 is de zichtbare naaste, N2 is de naaste buiten beeld).

Fragment 4 (inclusienummer 31)

-
- | | | |
|-----|------|---|
| 1. | N1:→ | morgen heb jij vijftig jarige BRUILOFT; |
| 2. | → | ((kijkt en wijst naar de patiënt)) |
| 3. | | (0.2) |
| 4. | | eventueel, |
| 5. | | (0.3) |
| 6. | | met DINER; |
| 7. | | (0.3) |
| 8. | P: | OJA morgen heb ik een BRUILOFT, |
| 9. | | (0.4) |
| 10. | | een vijftigjarige bruiloft met een DINER (.) kan ik daaraan |
| 11. | | deelnemen? |
-

De naaste neemt in dit fragment de beurt om de patiënt te helpen herinneren aan de vraag die

de patiënt moet stellen over de deelname aan een vijftigjarige bruiloft (r. 1). De naaste laat zien dat hij over de patiënt praat. Dit doet hij door ‘jij’ te noemen in zijn uiting met ondersteuning van zijn blik door die op de patiënt te richten (r. 2). Deze blikverandering van de naaste (de rechter persoon op het scherm) is in onderstaande afbeeldingen weergegeven.



Afbeelding 4

Afbeelding 5

De patiënt accepteert deze topicverandering door ‘oja’ hard te zeggen (r. 8), waarmee de patiënt de suggestie van de naaste accepteert als ‘reminder’. Vervolgens formuleert de patiënt de herinnering van de naaste in een pre-expansie (r. 8) en vervolgens als vraag aan de arts (r. 10). De naaste heeft in dit voorbeeld dus gezorgd dat de patiënt een vraag stelt over of hij aan een bruiloft inclusief diner kan deelnemen. De naaste treedt in dit voorbeeld dan ook op als souffleur.

In videoconsulten herhaalt de patiënt wat de souffleur zegt tijdens het videogesprek, ook wel *second-speaker repetition* genoemd (Norrick, 1987). In Fragment 5 vindt een videoconsult plaats tussen arts, patiënt, een zichtbare naaste (N1) en een onzichtbare naaste (N2). De patiënt herhaalt uitingen van zowel de zichtbare als onzichtbare naaste. Voorafgaand aan het fragment wordt duidelijk dat de naasten en de patiënt vragen hebben opgeschreven die ze willen stellen aan de arts.

Fragment 5 (inclusienummer 31)

-
1. N2: (1.1) hij kan gewoon douchen he,
 2. A: JA
 3. (0.4)
 4. P:→ KAN IK OOK GEWOON DOUCHEN,
 5. (0.4)
 6. A: ja u mag zeker gewoon douchen,
 7. (0.4)
 8. uhm
 9. (0.3)
 10. advies is om niet te lang bijvoorbeeld in bad te gaan zitten
 11. want dat maakt de wond wat zwakker;
 12. (0.3) maar douchen is geen enkel probleem.
 13. (1.5)
 14. N1: nee okee maar een bad heb je niet dus=
 15. P:→ =EEN BAD HEB IK NIET DUS dat kan niet((lacht))
-

Tijdens dit fragment vraagt de niet zichtbare naaste aan de arts of de naaste kan douchen (r. 1). Hoewel de arts al een antwoord geeft op de naaste (r. 2) wordt de vraag door de patiënt herhaald (r. 4). Opnieuw geeft de arts antwoord op de vraag (6). Bij dit antwoord geeft de arts ook een advies over dat douchen wel kan maar in bad niet. Hierop reageert de zichtbare naaste door zelf een beurt te initiëren en een opmerking te maken over dat zijn vader geen bad heeft (r. 14). Ook deze opmerking wordt door de patiënt herhaald (r. 15). Het is opvallend dat de patiënt de herhaalde vragen en uitingen van de naasten luider formuleert dan andere uitingen in het gesprek. De patiënt behandelt de naaste daarmee als mogelijk niet of slecht hoorbaar voor de arts.

Niet alleen vragen en uitingen worden herhaald door de patiënt. Ook antwoorden van de naaste op vragen van de arts wordt door de patiënt herhaald. Bijvoorbeeld tijdens het gesprek in inclusienummer 3. De arts weet tijdens dit gesprek dat een naaste meeluistert. Fragment 6 vindt plaats aan het eind van het gesprek.

Fragment 6 (inclusienummer 3)

-
1. A: goed is [dat]
 2. P: [nou] en ik heb verder geen vragen eigenlijk
 3. A: nee en u man ook niet want die is er volgens mij ook of niet;
 4. P: ja die zit er ook ja ((lacht))
 5. A: ((lacht))
 6. N:→ nee het is duidelijk.
 7. A: ja; oke=
 8. P: =nee't is duidelijk
-

De arts vraagt aan de patiënt of de naaste nog vragen heeft (r. 3). Het antwoord van de naaste (r. 6) dat het duidelijk is, wordt herhaald door de patiënt (r. 8). Dit terwijl de arts al heeft laten blijken dat hij het antwoord van de naaste heeft gehoord (r. 7).

Het herhalen van een uiting, vraag of antwoord van de naaste kan verschillende oorzaken hebben (Norrick, 1987). Aangezien de vorm van herhaling van de naaste zoals in bovenstaande fragmenten enkel plaatsvindt in videoconsulten, is het denkbaar dat het medium een oorzaak is van de herhaling. De patiënt behandelt de naaste in een videoconsult als slecht hoorbaar voor de arts, door de uiting van de naaste te herhalen.

Face-to-face consult

Ook bij face-to-face consulten treedt de naaste op als souffleur. Een voorbeeld hiervan is onderstaand fragment. Voorafgaand aan onderstaand fragment praten de arts en de patiënt over het fysieke herstel van de patiënt sinds de operatie.

Fragment 7 (inclusienummer 2)

-
- | | | |
|-----|-----|---|
| 1. | A: | dat stadium is echt al voorbij. |
| 2. | P: | ° oke° ; ((knikt)) |
| 3. | N:→ | ((kijkt naar patiënt en dan naar arts)) |
| 4. | A: | oke helemaal goed; |
| 5. | | (1.0) |
| 6. | N:→ | die eh fraxiparine; |
| 7. | P: | owja maar die zijn al ja; |
| 8. | | ik had fraxiparine meegekregen; |
| 9. | | en nou had ik bij dokter (naam) al geprobeerd om er vanaf te |
| 10. | | komen; |
| 11. | A: | jaja; |
| 12. | P: | •h maar die wilde dat eh (.) liever aan de chirurgen overlaten; |
| 13. | | (onverstaanbaar) had ik vijf spuitjes geloof ik ofzo; |
| 14. | | dus eh; |
-

De naaste is op zoek naar een geschikt moment om een beurt te initiëren, door bij een mogelijk voltooiingspunt te kijken naar de naaste en de arts of zij nog iets gaan zeggen over het topic (r. 3). Zodra de sequentie een voltooiingspunt bereikt, neemt de naaste na een korte stilte de beurt door een nieuw topic te noemen (r. 6). Het topic bestaat uit de naam van een medicijn. Door “die” toe te voegen aan de naam (“die eh fraxiparine”) laat de naaste zien dat hij en de patiënt hier eerder over gesproken hebben. De patiënt behandelt het topicvoorstel als herinnering door te reageren met de nieuwsontvanger “owja”, maar lijkt het topicvoorstel vervolgens af te wijzen. Dit is te zien aan de tegenstelling die de patiënt zegt ‘owja maar’ (r. 7). Maar dan herstelt de patiënt zich (r. 7) en formuleert het topicvoorstel in een pre-vraag (r.8) en een indirecte vraag (r. 9-10).

Het komt ook voor dat de patiënt de naaste als souffleur behandelt. Een voorbeeld hiervan is onderstaand fragment. Voorafgaand aan Fragment 8 vertelt de arts over het verminderen van medicijnen en hoe de patiënt dat kan aanpakken.

Fragment 8 (inclusienummer 44)

-
- | | | |
|----|-----|---|
| 1. | P: | ((kijkt en wijst naar naaste)) moet je ff mel- heb je je hebt |
| 2. | | geen pen he, |
| 3. | N: | ((schudt nee)) |
| 4. | P:→ | •hh kun jij even onthouden? |
| 5. | N: | ((knikt)) (°oke °) |
| 6. | P: | (1.8) nou oke; |
-

Eerst lijkt de patiënt de naaste als notulist of assistent te behandelen door te zeggen wat de naaste moet doen voor de patiënt. De patiënt lijkt te willen zeggen dat de naaste moet opschrijven wat de arts heeft gezegd. De naaste zegt dit met een gebiedende toon “moet je ff mel-” (r. 1). Vervolgens doet de patiënt, nadat hij zich realiseert dat de naaste geen pen heeft, een verzoek aan de naaste om de informatie te helpen onthouden (r. 4). De naaste wordt door middel van een verzoek in de positie van souffleur gezet. De naaste ondersteunt de patiënt in dit fragment met het onthouden van informatie.

Vergelijking

In beide gespreksvormen draagt de naaste als souffleur een topicverandering aan, wat door de patiënt wordt geaccepteerd. De naasten zorgen ervoor dat alle onderwerpen en vragen die zij aan bod willen laten komen worden behandeld. In beide gespreksvormen initiëren naasten de beurt na een korte pauze. De manier waarop deze onderwerpen en vragen worden geïnitieerd verschilt per gespreksvorm. In face-to-face consulten controleert de naaste ook op non-verbale wijze of de beurt overgenomen kan worden. Dit doet de naaste door te kijken naar de arts en de patiënt voordat de naaste de beurt overneemt. In videoconsulten worden topicvoorstellen van de naaste door de patiënt herhaald of opnieuw geformuleerd.

De naaste als actieve gesprekspartner

De naaste treedt in verschillende consulten op als een actieve gesprekspartner, waarbij er een driegesprek ontstaat tussen de arts, patiënt en de naaste. Een naaste heeft een actieve rol als de naaste een driegesprek creëert. Dit doet de naaste door te zorgen dat hij de beurt overneemt en reactie geeft op de vragen en uitingen van de arts en de patiënt.

Videoconsult

Zichtbaarheid van de naaste is belangrijk bij een naaste als actieve gesprekspartner. Bij acht videoconsulten is geen enkele naaste zichtbaar in beeld, terwijl er wel een naaste aanwezig is. De arts is op de hoogte van de aanwezigheid van de naaste, doordat de naaste (non-)verbaal laat weten aanwezig te zijn of doordat de patiënt heeft genoemd dat er een naaste aanwezig is. Allereerst blijkt uit de analyse dat niet zichtbare naasten zelden iets zeggen in het gesprek. Van de acht videoconsulten waar een onzichtbare naaste aanwezig is, hebben alleen in drie videoconsulten de naaste een beurt gekregen. Bij één videoconsult wijst de patiënt de naaste een beurt toe. Bij slechts twee videoconsulten initieert een naaste de beurt.

Fragment 9 (inclusienummer 3)

-
- | | | |
|-----|-----|---|
| 1. | P: | EH HOE LANG MOET IK MET DE TROMBOSEPRIKKEN DOORGAAN, |
| 2. | | (0.4) |
| 3. | | die el[lende] |
| 4. | A: | [vier] (.) <u>vier</u> weken tot na de operatie. |
| 5. | P: | (kan ik nog ik heb)((kijkt naar de naaste)) |
| 6. | N:→ | =hij heeft <u>drie</u> weken d'r meegekregen=' |
| 7. | A: | =JA: oké da- da's drie weken is <u>ook</u> voldoende.(1.0) |
| 8. | | dat eh= |
| 9. | P: | =EHM |
| 10. | A: | dan hebben we die [dagen] |
| 11. | P: | [mm] |
| 12. | A: | hè de die <u>dagen</u> in het ziekenhuis al meegeteld(.) |
| 13. | | dan kom je <u>ongeveer</u> op vier weken uit dus da's goed. |
| 14. | | (1.1) |
| 15. | P: | oké. |
| 16. | N:→ | hij heeft er wel eentje per ongeluk vergeten. |
| 17. | A: | nah is is <u>geen</u> eh (.) g(h)een d(h)oodzonde eerlijk gezegd; |
| 18. | N: | oké oké; |
-

Een eerste manier van beurtovername door de naaste is geïnitieerd vanuit de patiënt. De patiënt selecteert de naaste door naar haar te kijken als hij niet uit zijn woorden komt (r. 5). Voor de naaste is dit een uitnodiging om de beurt te pakken (r. 6). De patiënt maakt gebruik van non-verbale communicatie om de naaste uit te nodigen. Vervolgens laat de naaste een manier van zelfselectie zien (r. 16). De beurt van de naaste is nog binnen de conversatie over hetzelfde topic (tromboseprikken) waarin de naaste eerst werd geselecteerd door de patiënt.

Een tweede manier van beurtovername is geïnitieerd vanuit de naaste. Opvallend is dat de naaste na een korte stilte de beurt neemt. Bijvoorbeeld bij Fragment 10 initieert de onzichtbare naaste de beurt alleen na een korte stilte.

Fragment 10 (inclusienummer 31)

-
1. A: wa- maar het gaat als ik het zo HOOR gaat het eigenlijk goed he
2. met Eten drInken en dergelijke d- da u hebt GEEN beperkingen,
3. (1.3)
4. P: Nee
5. (1.9)
6. N2:→ (°je drinkt te weinig°)
7. P: nee het enige is wat ik al zei dat is die wond die is gevoelig;
8. (0.3)
9. A: JA
10. (0.4)
11. ja. (.)
12. N2:→ en dat is uh
13. (0.5)
14. [dat is echt-]
15. P: [maar dat is] dat is normaal,
16. (1.2)
17. A: ja [absoluut]
18. N1: [van de] week ging het goed he met
19. (0.5)
20. Uhm ((wijst naar beneden)
21. (0.3)
22. mijn vader is ook naar de wc geweest hij heeft eig- zijn urINE
23. (0.3) die uh die RUIKT nogal (.) dat wel;
24. (0.7)
25. A: [oke]
26. N2:→ [en hij] drinkt weinig;
27. (0.2)
28. N1: en hij drinkt weinig (.) [te]
29. A: [ja]
-

De naaste doet een uiting na een korte pauze (r. 5/6). Ook later in het gesprek (r. 12) initieert de naaste de beurt na een korte pauze. Ook wil de niet zichtbare naaste een beurt initiëren en een aanvulling geven op de uiting van de zichtbare naaste (r. 26), door te herhalen wat de naaste al eerder in het gesprek probeerde te uiten (r. 6). Toch ontstaat overlap met de uiting van de arts, aangezien hij op hetzelfde moment begint te praten. Het is mogelijk dat de naaste deze overlap niet bewust creëert, aangezien een vertraging in de videoverbinding ervoor kan zorgen dat de arts de uiting van de naaste later hoort waardoor er overlap ontstaat. Opvallend is dat de onzichtbare naaste niet direct tegen de arts praat. Allereerst verwijst de onzichtbare naaste naar haar man als ‘jij’, wat suggereert dat zij tegen de patiënt praat (r. 6). Vervolgens noemt de naaste haar man ‘hij’ (r. 26). Dit is waarschijnlijk bedoeld voor de andere naaste, aangezien hij in zijn uiting over ‘mijn vader’ praat. De uiting van de onzichtbare naaste wordt door de zichtbare naaste herhaald (r. 28). Een reden hiervoor is weer dat de onzichtbare naaste als niet hoorbaar voor de arts wordt behandeld.

Deze zichtbaarheid van de naaste kan volgens Licoppe en Morel (2012) invloed hebben op het verloop van het gesprek. Uit de analyse blijkt dat zodra een naaste in beeld is diegene

door de arts wordt betrokken bij het gesprek. Zodra de naaste uit beeld gaat, wordt deze ook niet meer betrokken in het verdere consult.

Hierop bestaat echter een uitzondering. Als een naaste op een moment tijdens het gesprek in beeld is geweest en de arts rechtstreeks iets gevraagd heeft en vervolgens weer verdwenen is, vraagt de arts toch aan het eind van het gesprek altijd of de naaste nog vragen heeft. De arts doet dit door de naaste direct aan te spreken of door een context te scheppen waarin een naaste de beurt kan nemen. In Fragment 11 scheidt de arts een context waarin de naaste (in het gehele consult buiten beeld) de beurt kan nemen.

Fragment 11 (inclusienummer 3)

-
- | | | | |
|----|----|---|--------|
| 1. | A: | had had uw (.) vrouw nog vragen, | |
| 2. | | >of niet,< | |
| 3. | | (1.1) | |
| 4. | N: | <u>nee</u> hoor ik heb me <u>rustig</u> mee zitten [luist're'.] | |
| 5. | A: | | [oké] |
| 6. | N: | (h)ik ben zee(h)r tevr(h)eden. | |
| 7. | | [hehehe] | |
| 8. | A: | [hartstikke] goed; | |
| 9. | N: | [oké] | |
-

De arts stelt aan de patiënt de vraag of de naaste nog vragen heeft (r. 1). De arts creëert daarmee een context waarin de naaste de ruimte krijgt om te reageren. Hoewel de vraag gericht is aan de patiënt, behandelt de naaste de vraag als een uitnodiging om te reageren (r. 6).

Kortom, er zijn videogesprekken waar een naaste tijdens het consult aanwezig is, maar niet in beeld (4 van de 13 consulten) of alleen een paar seconden in beeld (2 van de 13 consulten). Ook al is de arts op de hoogte van de aanwezigheid van een niet zichtbare naaste betreft hij hen niet bij het gesprek. De arts betreft alleen onzichtbare naasten als deze naasten een rechtstreekse vraag aan de arts hebben gesteld en in het gesprek dus een actieve gesprekspartner zijn. De naaste wordt door actieve participatie door de arts geaccepteerd als gesprekspartner, ongeacht of de naaste zichtbaar is of niet.

Face-to-face consult

Ook in face-to-face consulten betreft de arts de naasten alleen als de naasten een rechtstreekse vraag hebben gesteld aan de arts. Van alle face-to-face consulten stelt de naaste bij zeven gesprekken een rechtstreekse vraag aan de arts. Bij vijf van deze zeven gesprekken stelt de arts de vraag of de naaste en/of de patiënt nog vragen hebben. De arts kan dit doen door een vraag te stellen die niet gericht is aan een persoon: 'zijn er nog andere vragen,'(inclusienummer 41).

De arts kan ook beide gesprekspartners aanspreken: ‘hebben jullie nog vragen?’ (inclusienummer 32). Ook kan de arts de naaste door non-verbale communicatie laten weten dat hij de vraag stelt aan de patiënt en de naaste, door naar hen te kijken tijdens het stellen van de vraag. Dit is in Fragment 12 zichtbaar.

Fragment 12 (inclusienummer 25)

-
1. A: Had u misschien VRAGEN bedacht,
 2. P: ((kijkt naar N2))
 3. A: voordat u hier naartoe kwam;
 4. ((kijkt naar de patiënt))
 5. Of dingen die u graag had willen bespreken?
 6. ((kijkt naar de naaste N2))
-

Een mogelijke reden dat bij twee gesprekken de arts deze vraag niet stelt is dat de patiënt in Fragment 13 zelf aan de naaste vraagt of er nog vragen zijn (r. 7) en in Fragment 14 de naaste en patiënt samen concluderen geen vragen meer te hebben (r. 2- r. 4). Dit maakt de vraag van de arts overbodig.

Fragment 13 (inclusienummer 29)

-
1. A: waren der nog zaken die u wilde bespreken?
 2. P: nee nou nie' meer
 3. A: oké
 4. N ((lacht))
 5. A: heel goed
 6. N: nee
 7. P:→ toch? ((kijkt naar de naaste))
 8. N: nee
-

Fragment 14 (inclusienummer 10)

-
1. P: (1.2) NOU JA h- ddoe ik HE,
 2. dus in (tis duidelijk) denk ik [he]
 3. N: [JA]
 4. → ja volgens mij heb je alles besproken [° wat je wilde°]
 5. P: [en uh: nog] HELDER;
 6. dus uh;
 7. N: [ja]
 8. A: [fijn]
-

Daarnaast kan door gebruik te maken van non-verbale communicatie beurtovername plaatsvinden. Zoals uit voorgaand onderzoek ook is gebleken, blijkt uit de analyse dat de blikken van de gespreksdeelnemers rusten op diegene die aan het woord is of aan het woord komt (Rasmussen, 2014). Ook de naasten richten hun blik op diegene die aan het woord is. In inclusienummer 42 is het bijvoorbeeld zichtbaar dat de vrouwelijke naaste (persoon met stippen

op het shirt) haar blik richt op de spreker. In Afbeelding 6 kijkt de naaste naar de arts, omdat de arts aan het woord komt. In Afbeelding 7 kijkt de naaste naar de patiënt als hij aan het woord is.



Afbeelding 6



Afbeelding 7

Als de naaste aan het woord is, wordt dit geaccepteerd door de arts en de patiënt. Zij kijken namelijk richting de naaste als zij haar verhaal doet. Dit is in Afbeelding 8 weergegeven.



Afbeelding 8

Doordat de structuur van non-verbale communicatie in gesprekken op deze manier plaatsvindt, is het opvallend als deze structuur afwijkt in een gesprek. Deze afwijking kan een beurtwisseling aankondigen. Een actieve gesprekspartner in face-to-face consulten kan door non-verbale communicatie een beurt initiëren of in een rol van actieve gesprekspartner worden gezet, waardoor een driegesprek ontstaat. In fragment 15 wordt de naaste in de rol van actieve gesprekspartner gezet.

Fragment 15 (inclusienummer 25)

1. A: Ja
2. ooké Euhm
3. Had u misschien VRAGEN bedacht,
4. ((kijkt naar de patiënt en zijn naasten))
5. P: → ((kijkt naar naaste N2))
6. A: → voordat u hier naartoe kwam; ((kijkt naar de patiënt))
7. Of dingen die u graag had willen bespreken? ((kijkt naar de
8. naaste N2))
9. N1:→ ((kijkt naar N2))
10. N2: (3.0) die euhm (.) eh antibiotica die hij eigenlijk moest hebben
11. Die feniticelline
12. A: ja
13. N2: die eh is nie' leverbaar
14. A: ja dat hoor ik wel 'es vaker dat is een probleem bij
15. de[apothekers]; hè
16. N2: [ja, oké]
17. A: ja (.) dat--
18. N2:→ maar dat betekent dat ze 'em hier ook nie' hebben?
19. A: •pt e:h dat zou u kunnen proberen (.) hè
20. of dat wel zo is;
21. Eh dat durf ik niet met zekerheid te zeggen maar ik hoor het
22. wel es vaker van patiënten dat niet leverbaar eh [blijkt]
23. N2:→ [maar] wordt
24. 'ie ook niet vergoed (onverstaanbaar)?
25. A: voor zover ik weet het eerste half jaar wel en dan daarna niet;
26. Maar ik weet niet of dat veranderd is en dat zou ook per pakket
27. kunnen ver- verschillen [dus] ehh (.) eh
28. N2: [nee]
-

De arts vraagt aan de patiënt of hij nog vragen heeft bedacht om te stellen tijdens het gesprek (r. 3). De arts selecteert hiermee de patiënt voor de volgende beurt, doordat hij in zijn vraag 'u' noemt. Toch kijkt de patiënt tijdens deze vraag direct naar de naaste (Afbeelding 9) en geeft daarmee de beurtovername impliciet door aan de naaste (N2). De arts ziet dit en kijkt ook naar de naaste (Afbeelding 10). Ook de andere naaste (N1) kijkt dezelfde kant op (r. 9). De beurt wordt toegewezen aan de naaste buiten beeld van de camera (N2). De naaste krijgt hiermee een uitnodiging om de beurt op zich te nemen. Na een aantal seconden stilte waarin de blikken van de arts, patiënt en zijn echtgenote alle drie gericht zijn op de naaste, pakt de naaste de beurt op (r. 10) en begint met een pre-expansie (r. 10) om vervolgens vragen te stellen (r. 18/r. 23). De verandering van de blikken van de arts, patiënt en naaste in zichtveld van de camera is weergegeven in Afbeelding 9 en 10. In Afbeelding 9 kijkt alleen de patiënt naar de naaste buiten beeld van de camera (N2). In Afbeelding 10 kijken ook de arts en de andere naaste (N1) naar de naaste buiten camera (N2).



Afbeelding 9



Afbeelding 10

Een gesprekspartner kan ook met non-verbale communicatie aangeven de beurt op zich te willen nemen. Bijvoorbeeld in Afbeelding 11 wordt het op non-verbale manier duidelijk dat de naaste de beurt wil nemen. Als de patiënt een mogelijk beurtvoltooiingspunt bereikt, wendt de blik van de naaste (de middelste persoon in de afbeelding) naar beneden. Hiermee duidt zij aan dat ze de beurt wil oppakken. Zodra het gesprek over het onderwerp een voltooiingspunt heeft bereikt, neemt de naaste dan ook de beurt (Mazeland, 2012).



Afbeelding 11

Vergelijking

In zo'n driegesprek waarin de naaste optreedt als actieve gesprekspartner is het opvallend dat de naaste de vragen (ook) beantwoordt, zelfs als deze vragen specifiek gericht zijn op de patiënt. Er zijn twee manieren waarop de naaste dit doet. Deze komen in beide gespreksvormen voor. De eerste manier is dat de naaste de patiënt eerst antwoord laat geven en vervolgens zelf antwoord geeft. Dit antwoord betekent hetzelfde als het antwoord van de patiënt, maar is anders geformuleerd. Een tweede manier is dat de naaste de vraag beantwoordt voordat de patiënt dit doet. Opvallend is dat de patiënt het antwoord hetzelfde formuleert als de naaste. Hierna volgen verschillende voorbeelden (Tabel 2).

Tabel 2. Fragmenten actieve participatie

Manier één (inclusienummer 33)	1.	A:	hoe gaat het qua eten en drinken?
	2.	P:	Eten gaat eh (.) mondjesmaat [(?)]
	3.	N: →	[het begint
	4.		weer-]
	5.	P:	begint weer normaal te worden ja
	6.	N:	ja
	7.	P:	ja ja
Manier twee (inclusienummer 31)	1.	A:	ja oxycodon is een PIJNstilller,
	2.		(1.5)
	3.		dus ik weet niet of u w- GEBRUIKT u die
	4.		op dit moment?
	5.		(1.7)
	6.	N: →	nee vandaag gestopt;
	7.	P:	vandaag geSTOPT,
	8.	A:	oke;

Bij naasten die zichtbaar zijn voor de arts komt het ook voor dat de naaste op non-verbale wijze de vraag beantwoordt. Ondanks de verschillende manieren van het beantwoorden van vragen komt het vaak voor dat een naaste deze manieren afwisselt in het gesprek. Zo kan een naaste een keer antwoorden op non-verbale wijze door te knikken en vervolgens op een andere vraag nog antwoorden voordat de patiënt dit doet. Een voorbeeld hiervan is het onderstaand fragment.

Fragment 16 (inclusienummer 10)

1.	A:	met die zakjes poeder hè?
2.	P:	Ja
3.	N: →	((knikt))
4.	A:	ja daar heeft u ook contact over gehad vorige week las ik,
5.	N: →	ja
6.	P:	ja

De arts vraagt om verduidelijking: ‘met die zakjes poeder hé?’ (r. 1). De naaste bevestigt door te knikken. Vervolgens stelt de arts een vraag specifiek gericht aan de patiënt (r. 4): ‘ja daar heeft u contact over gehad vorige week las ik’. Dit is bedoeld voor de patiënt door het gebruik van ‘u’ en de blik van de arts richting de patiënt. Toch geeft de naaste hierop antwoord nog voordat de patiënt antwoord geeft. Uit dit fragment komt duidelijk naar voren dat naasten actief tot zeer actief (antwoord geven terwijl de beurt hun niet is toegewezen) kunnen deelnemen aan het gesprek.

De naaste als primaire gesprekspartner van de arts

Er zijn ook consulten waar de naaste in de rol van primaire gesprekspartner het gesprek van

de patiënt overneemt. De naaste creëert dan door het stellen van vragen een tweegesprek met de arts. De naaste treedt hier dan op als vragensteller en de arts als antwoorder (Mazeland, 1995), waardoor de naaste vaak bijna net zoveel of meer aan het woord is dan de patiënt en hij/zij als de primaire gesprekspartner gezien kan worden (Street & Gordon, 2008).

Videoconsult

Een voorbeeld van een primaire gesprekspartner van de arts is de naaste in Fragment 17. In dit gesprek initieert de naaste de beurt regelmatig om vragen te stellen aan de arts. Hiermee creëert de naaste een tweegesprek tussen de naaste en de arts.

Fragment 17 (inclusienummer 20)

-
- | | | |
|-----|-----|---|
| 1. | N:→ | waar ik niet (.) uh wa- wa- waar ik u nie' over hoor en (.) de' |
| 2. | | heb ik al een paar keer aangegeven dat is uh NAnoknife techniek |
| 3. | | uh; (8.06) |
| 4. | | |
| 5. | A: | ja |
| 6. | N: | maar ja(0.5) |
| 7. | | dat deed erover dat met de laser goeie resultate' |
| 8. | | worden gehaald bij uitgezaaide lEverkanker (0.4)veroorzaakt |
| 9. | | |
| 10. | | door dArmkanker;(0.9) |
| 11. | A: | ja maar[dat]is (.) dat u- ja (0.5) |
| 12. | N: | [(?)] |
| 13. | A: | daar kan ik wel even op reageren (0.3) |
-

In dit gesprek initieert de naaste een uitbreiding. Voor dit fragment wordt er gepraat over behandelmogelijkheden. De naaste wil dit uitbreiden met een nieuwe techniek, namelijk nanoknife techniek (r. 1). De naaste vraagt waarom de arts de nanoknife techniek niet heeft genoemd als mogelijk onderdeel van het behandelplan. De arts initieert een respons (r. 11), die hij na een korte overlap herstelt (r. 13). De naaste creëert een context waarin de arts als antwoorder van de vragen optreedt en de naaste als vragensteller of ontvanger van informatie. In deze context verloopt de conversatie met name tussen de arts en naaste en participeert de naaste dus als de primaire gesprekspartner van de arts.

Face-to-face consult

Ook binnen face-to-face consulten initiëren naasten de beurt als zij willen optreden als primaire gesprekspartner van de arts. Een voorbeeld hiervan is Fragment 18. Voorafgaand aan dit fragment praten de arts en de patiënt over de verminderde eetlust en het stimuleren van de stoelgang. De naaste initieert een beurt om een expansie te formuleren die de uitingen van de arts en patiënt bevestigen.

Fragment 18 (inclusienummer 10)

-
1. A: ik zou het niet vlak voordat u naar bed gaat;
2. P: nee nee [nee nee]
3. A: [ja ja]
4. P: (1.3) JA LANG-
5. N:→ (1.1) en en volgens mij zijn het inderdaad omdat de darmen niet
6. zo
7. (.3) goed doorlopen;
8. heb je misschien ook minder eetlust;
9. A: ja;
10. N: en volgens mij is het ook andersom toch,
11. als je weinig EET;
12. A: ja;
13. N: komt er ook weinig uit;
14. A: (1.0) UH::
15. N: of werkt dat niet zo,
16. A: ja in PRINCIPE: kun je dat wel zeggen ja;
-

In dit fragment initieert de naaste een post-expansie met behulp van ‘en en’ (r. 5). Ze formuleert een pre-vraag (r. 10) om vervolgens een vraag te stellen over eetlust (r. 15). Opvallend is dat ze deze (pre-)vraag in een onpersoonlijke vorm formuleert, door ‘je’ (heb je/als je) te zeggen (r. 8/ r. 11). Ze praat niet over of namens de patiënt, maar kiest hier voor een onpersoonlijke vorm die op iedereen van toepassing is.

Vergelijking

In de gespreksvormen wordt de rol van primaire gesprekspartner op dezelfde wijze toegepast. Naasten stellen op vergelijkbare momenten in het gesprek dezelfde vragen aan de arts. De vragen die gesteld worden door de naaste als primaire gesprekspartner van de arts worden vaak gesteld nadat de weefseluitslag wordt besproken. De naasten stellen de vragen om meer informatie te ontvangen over de kans dat de tumor terugkomt (1), of er bepaalde levensstijlen zijn om de kans te verkleinen (2) en wat de consequenties zijn van de uitslag/behandelprocedure (3).

Frequentie verbale communicatie naasten in face-to-face en videoconsulten

Uit de data is berekend hoeveel woorden een naaste, een patiënt en een arts produceren in een consult. Vervolgens is er een vergelijking gemaakt tussen face-to-face consulten en videoconsulten. De mate van verbale participatie van de arts, patiënt en naaste in face-to-face consulten is in Tabel 3 weergegeven. De mate van verbale participatie in videoconsulten is weergegeven in Tabel 4.

Tabel 3. Verbale communicatie van de arts, patiënt en naaste in face-to-face consulten.

Gesprek	Woorden arts	Woorden patiënt	Woorden naaste	Totaal aantal woorden	Percentage verbale participatie naaste
2	989	467	5	1461	<1%
5	1330	608	39	1968	2%
10	1570	2029	485	3235	12%
25	1793	364	488	2645	18%
29	1946	582	284	2812	10%
32	1820	898	215	2933	7%
33	763	560	135	1458	9%
41	2732	1250	979	4961	20%
43	2212	658	568	3438	17%
44	1178	1467	113	2758	4%
Gemiddelde	1624	888	331	2842	10%

Tabel 4. Verbale communicatie van de arts, patiënt en naaste in videoconsulten.

Gesprek	Woorden arts	Woorden patiënt	Woorden naaste	Totaal aantal woorden	Percentage verbale participatie naaste
3	1243	1005	46	2294	2%
4	1160	461	0	1621	0%
6	1634	709	29	2372	1%
11	521	931	39	1491	3%
13	1381	406	12	1799	<1%
14	Onbekend	Onbekend	0	-	0%
17	1620	615	3	2238	<1%
18	827	596	0	1423	0%
20	2151	500	631	3282	19%
22	2640	1566	0	4206	0%
27	1620	519	194	2333	8%
31	980	275	392	1647	24%
39	1489	982	69	2540	3%
Gemiddelde	1438	714	109	2271	6%

Bovenstaande frequenties laten zien dat naasten in face-to-face gesprekken altijd iets zeggen in het gesprek. In videoconsulten kan het voorkomen dat een naaste in het gesprek niets zegt. Het blijkt dat naasten in face-to-face consulten gemiddeld meer verbaal participeren (10%) dan naasten in videoconsulten (6%). Tijdens face-to-face consulten worden gemiddeld meer woorden gesproken (2842) dan tijdens videoconsulten (2271). De verdeling van het aantal woorden van de arts, patiënt en naaste is in beide gespreksvormen vergelijkbaar. De mate van verbale participatie van een arts lijkt geen voorspeller te zijn van de mate van verbale participatie van een naaste. Bij bijna alle face-to-face consulten en alle videoconsulten praten de artsen meer dan de patiënt en de naaste, wat niet verwonderlijk is gezien het gespreksdoel (meedelen van pathologische testresultaten). Bij een consult waar de arts in verhouding veel

aan het woord is kan de verbale participatie van een naaste zowel laag als hoog zijn. De mate van verbale participatie van een naaste is niet afhankelijk van de mate van verbale participatie van artsen.

Conclusie

Voor deze scriptie is onderzocht hoe naasten participeren in videoconsulten en face-to-face consulten. Uit bovenstaande analyse zijn een aantal overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de participatie van naasten in face-to-face consulten en videoconsulten ontdekt. Deze worden hieronder toegelicht.

Overeenkomsten

Om de eerste deelvraag te beantwoorden werden interactionele handelingen die een naaste doet om te participeren geanalyseerd. Hieruit bleek een overeenkomst tussen de participatie van naasten in face-to-face consulten en videoconsulten, namelijk de interactionele rollen die een naaste op zich kan nemen. Enkel de rol van stille getuige komt bij face-to-face consulten niet voor. De naaste als actieve luisteraar, souffleur van de patiënt, actieve gesprekspartner en als primaire gesprekspartner van de arts komen in beide gespreksvormen terug. Een naaste als actieve luisteraar heeft bij zowel videoconsulten als face-to-face consulten weinig inbreng in het gesprek. De naaste laat weten de uitingen te volgen en te begrijpen. In videoconsulten doet de naaste dit door gebruik van continueerders en in face-to-face consulten doet de naaste dit ook door gebruik van non-verbale communicatie. Een naaste als souffleur van de patiënt stelt topicveranderingen voor aan de patiënt. Dit om te zorgen dat de patiënt de juiste informatie kan inwinnen tijdens het gesprek. Deze topicveranderingen geïnitieerd door de naaste worden door de patiënt geaccepteerd. In videoconsulten worden de suggesties van de naaste herhaald door de patiënt, waarmee de patiënt de naaste als mogelijk niet hoorbaar voor de arts behandelt. Ook in de rol van actieve gesprekspartner zien we overeenkomsten tussen videoconsulten en face-to-face consulten. In deze rol beantwoordt de naaste vragen van de arts, zelfs als die gericht zijn aan de patiënt. Als de naaste de rol van primaire gesprekspartner inneemt, stelt de naaste vragen aan de arts. De naasten in beide gespreksvormen stellen dezelfde soort vragen om meer informatie te ontvangen over de kans dat de kanker terugkomt, het verkleinen van deze kans en over de consequenties van de uitslag.

Een andere overeenkomst is dat als een naaste minstens één vraag heeft gesteld aan de arts, hij/zij aan het eind van het consult expliciet door de arts wordt betrokken bij het gesprek.

Alleen dan vraagt de arts of hij/zij nog vragen heeft. Aan naasten die geen rechtstreekse vraag hebben gesteld wordt deze vraag niet gesteld, zelfs niet als de naaste wel zichtbaar is voor de arts. Blijkbaar wordt alleen een naaste die een vraag heeft gesteld aan de arts ook later gehonoreerd als actieve gesprekspartner. Dit betekent dat de passievere participatierollen (stille getuige, actieve luisteraar en souffleur van de patiënt) door de arts minder gehonoreerd worden.

Verschillen

Ondanks de overeenkomsten is er een belangrijk verschil te onderscheiden tussen de gespreksvormen, namelijk de zichtbaarheid van de naaste (Licoppe & Morel, 2012). In face-to-face consulten zijn naasten altijd zichtbaar voor de arts, terwijl de arts in videoconsulten de naasten soms niet kan zien of slechts een paar seconden ziet. Hierdoor zijn non-verbale gedragingen van de naaste buiten beeld mogelijk niet zichtbaar voor de arts. Een naaste laat daarom ook verbaal weten als hij/zij een beurt wil initiëren. Een naaste moet dus extra moeite doen om een beurt over te nemen, terwijl een naaste in een face-to-face consult met enkel non-verbale uitingen een beurt kan initiëren.

Voor beantwoording van de tweede deelvraag werd onderzocht wat de mate van verbale participatie van naasten is, waaruit bleek dat naasten in videoconsulten minder verbaal participeren. Doordat naasten in videoconsulten extra werk moeten doen om een beurt te nemen, nemen zij (in vergelijking met face-to-face consulten) niet vaak de beurt. Het participatiepercentage van de naaste ten opzichte van alle geproduceerde woorden in het gehele consult is in de face-to-face gesprekken dan ook hoger. De zichtbaarheid van de naaste heeft mogelijk invloed gehad op de mate van verbale participatie van naasten.

Discussie

De resultaten vertonen een aantal overeenkomsten en een aantal verschillen met eerder onderzoek, die hier besproken worden. Vervolgens worden beperkingen van het onderzoek besproken en mogelijkheden voor vervolgonderzoek gegeven. Ten slotte worden de maatschappelijke implicaties van het onderzoek toegelicht.

Bevindingen van eerder onderzoek naar videogemedieerde communicatie kan in relatie worden gebracht met de bevindingen van het huidige onderzoek. De bevindingen van het huidige onderzoek vullen de bevindingen van het onderzoek van Arminen et al. (2016) aan. Volgens dat onderzoek is alleen een zichtbare naaste relevant voor de conversatie. Een naaste komt volgens hen in beeld als diegene het topic waarover wordt gesproken interessant vindt of

relevant vindt om naar te luisteren. Naasten die zichtbaar in beeld zijn, kunnen dan ook een onderdeel zijn van het participatiekader (Goffman, 1981). Zij mogen (non)verbaal participeren in het gesprek. Hoewel de dominante oriëntatie is dat zichtbaarheid belangrijk is voor deelname, kan een naaste in deze specifieke medische context ook niet zichtbaar actief participeren. Uit het huidige onderzoek blijkt dat naasten buiten beeld ook onderdeel van het participatiekader mogen en kunnen zijn. Hieruit kan gesteld worden dat niet de zichtbaarheid toelating geeft tot het participatiekader, maar het stellen van een vraag direct aan de arts. Als een naaste, ongeacht zichtbaarheid, een vraag stelt gericht aan de arts wordt diegene behandeld als gespreksdeelnemer en zal de arts diegene betrekken bij het gesprek, door aan het eind van het gesprek te vragen of de naaste nog vragen heeft. De arts schept hiermee een context om de naaste een beurt te geven om te participeren in de conversatie. Het huidige onderzoek laat dus zien dat ook onzichtbare naasten kunnen participeren. Dit inzicht is een nieuwe bevinding ten opzichte van voorgaand onderzoek.

Daarnaast identificeert het huidige onderzoek concrete participatierollen. Hoewel onderzoekers stellen dat naasten participeren door vragen te stellen, zorgen uit te drukken of een mening te geven (Brown et al., 1998; Schilling et al., 2007; Street & Gordon, 2008), biedt het huidige onderzoek nieuwe inzichten in naastenparticipatie. Zo hebben voorgaande onderzoeken de rol van stille getuige niet gefomuleerd. Het is belangrijk dat dit wel wordt gedaan, omdat juist in videoconsulten de naasten eenvoudiger aanwezig kunnen zijn (Sabesan, Simcox, & Marr, 2012). Deze aanwezigheid is niet altijd zichtbaar voor de arts (Licoppe & Morel, 2012), maar dat betekent niet dat diegene niet meeluistert. De niet zichtbare naaste kan bijvoorbeeld buiten beeld informatie opschrijven en helpen onthouden van informatie en kan hiermee de patiënt ondersteunen. Ondersteuning van een naaste heeft vervolgens invloed op de behandeling en gezondheid van de patiënt (Golin et al., 1996). Daarom is het van belang om ook rekening te houden met naasten die optreden als stille getuige en dit te definiëren als participatierol.

Een tweede rol die niet wordt geïdentificeerd in voorgaande onderzoeken is de rol van souffleur van de patiënt (Schilling et al., 2007; Street & Gordon, 2008). Deze rol is in het huidige onderzoek geïdentificeerd als een nieuwe rol, omdat deze fundamenteel verschilt van de rollen uit voorgaand onderzoek. Onderzoekers beoordelen een naaste met deze rol als een luisteraar of als een actieve gesprekspartner (Mazeland, 2012), terwijl een naaste als souffleur andere uitingen of gedragingen produceert. Doordat de naaste als souffleur wel inbreng heeft in het gesprek, is een rol als actieve luisteraar of stille getuige niet passend. De souffleur participeert daarnaast veel minder dan een actieve of primaire gesprekspartner, waardoor deze

rollen ook niet passend zijn. Doordat de naaste als souffleur specifiek een ondersteunende functie heeft, is deze rol in het huidige onderzoek als een nieuwe rol geïdentificeerd. Het is belangrijk dat de arts een context schept waarin de naaste als souffleur van de patiënt uitingen kan produceren die de patiënt kunnen ondersteunen.

Een mogelijke verklaring dat het huidige onderzoek specifiekere rollen identificeert, is het verschil in de manier waarop onderzoek is gedaan. In het onderzoek van Street en Gordon (2008) worden bijvoorbeeld alleen face-to-face consulten met actieve naasten door middel van conversatieanalyse onderzocht. Er wordt daarin geen vergelijking gemaakt met videoconsulten. Het is dan ook logisch dat zij een rol van stille getuige (die enkel optreedt in videoconsulten) niet omschrijven. Het onderzoek van Brown et al. (1998) legt vooral een focus op kwantitatieve data met descriptieve gegevens en kan daardoor geen conclusies trekken over concrete manieren waarop een naaste participeert. De studie van Schilling et al. (2007) baseert uitkomsten op basis van de ervaringen die de naasten, patiënten en artsen hebben met betrekking tot naastenparticipatie in medische consulten. De huidige studie gebruikt daarentegen conversatieanalyse, waarmee het gesprek als het ware ‘stil’ wordt gelegd en geanalyseerd wordt wat een naaste daadwerkelijk doet. Dit is een mogelijke verklaring dat het onderzoek specifiekere rollen definieert dan voorgaande onderzoeken naar naastenparticipatie.

Een andere aanvulling van het huidige onderzoek op voorgaand onderzoek is de kwantitatieve analyse, waaruit blijkt dat naasten in face-to-face consulten gemiddeld meer verbaal participeren dan in videoconsulten. Op basis van eerder onderzoek werd verwacht dat de mate van participatie van een naaste in videoconsulten hoger is dan de participatie van een naaste in een face-to-face consult (Alpert et al., 2017; Speice et al., 2002; Tachakra & Rajani, 2002). Uit de analyse blijkt echter dat dit niet het geval is. Naasten in face-to-face consulten participeren verbaal gemiddeld meer dan naasten in videoconsulten. Ook als een participatiepercentage wordt berekend door te vergelijken met het aantal woorden van de arts en de patiënt blijkt dat naasten in face-to-face consulten een hogere naastenparticipatie hebben. Deze uitkomst is te verklaren doordat een videoconsult als onpersoonlijk en oncomfortabel ervaren kan worden (Meropol et al., 2011). Gespreksdeelnemers die zich oncomfortabel voelen met het videoconsult zullen mogelijk minder verbaal participeren.

Toch moeten er met voorzichtigheid conclusies worden getrokken op basis van alleen verbale participatie. Enkel gebruik van verbale participatie is geen afspiegeling van de gehele mate van participatie, aangezien naasten ook op non-verbale wijze kunnen participeren (Aggarwal et al., 2016; Arminen et al., 2016). Vervolgonderzoek dient aan te tonen hoe naasten non-verbale gedragingen doen.

Beperkingen huidig onderzoek

Een eerste beperking van het onderzoek is dat heel specifieke consulten zijn geanalyseerd, namelijk postoperatieve consulten ten behoeve van de bespreking van de uitslag van onderzoek naar mogelijk kwaadaardig weefsel in de buik. De bevindingen die uit het onderzoek blijken, zijn mogelijk niet van toepassing bij andere type consulten met andere patiënten.

Patiënten met een andere ziekte of aandoening kunnen bijvoorbeeld beperkt zijn om te participeren. Bijvoorbeeld patiënten die dement zijn, hebben meer ondersteuning nodig van hun naasten. Naasten zullen in die gevallen meer aan het woord zijn dan de patiënt. In het huidige onderzoek zijn alle patiënten capabel om zelf in gesprek te gaan met de arts, wat ervoor zorgt dat naasten over het algemeen niet meer praten dan de patiënt. Andere type consulten zouden mogelijk kunnen leiden tot andere resultaten.

Een tweede beperking is dat de opnames vanuit de kamer van de arts zijn gemaakt (Meropol et al., 2011). Opnames vanuit de locatie van de patiënt en de naaste kunnen meer inzicht bieden in de participatie van de naaste. Ook kunnen mogelijke patronen duidelijker worden. Zo kan er meer duidelijkheid ontstaan over overlap in een consult. Wat een onderzoeker als overlap definieert op basis van enkel opnames vanuit het perspectief van de arts, kan mogelijk ontkracht worden door de opnames vanuit het perspectief van de patiënt. Het is mogelijk dat de naaste de uiting al had uitgesproken, maar deze later bij de arts aankwam door de verbinding en daardoor als overlap lijkt. Het is dus niet uit te sluiten dat de videoverbinding invloed heeft gehad op de analyse van het gesprek. Daarnaast kan een opname vanuit de locatie van de patiënt en naaste de aanwezigheid van de naaste verduidelijken. In sommige consulten is de naaste kort in beeld en vervolgens uit beeld. Er is bij deze situaties tijdens de analyse vanuitgegaan dat de naaste nog wel aanwezig is bij het gesprek, maar niet in beeld. Andersom kan het ook zo zijn dat er een naaste aanwezig is bij het consult maar dit voor de arts niet duidelijk is, doordat de naaste niets zegt en niet in beeld is.

Een derde beperking van het onderzoek is dat niet onderzocht is of persoonlijke aspecten van naasten de verschillen tussen videoconsulten en face-to-face consulten kunnen verklaren. Dit terwijl eerder onderzoek een verschil vond met betrekking tot participatie tussen de persoonlijke aspecten van de naasten (Brown et al., 1998; Street en Gordon, 2008). Het is denkbaar dat vooral jongere naasten actief participeren in videoconsulten, terwijl naasten van een oudere generatie zich ongemakkelijk voelen met de technologie. Vervolgonderzoek kan onderzoeken of de participatierollen tussen de leeftijdscategorieën van naasten verschilt.

Aanbevelingen

Een eerste aanbeveling, passend bij de eerste beperking, is om vervolgonderzoek te doen naar naastenparticipatie in een ander type consult of met een andere patiëntgroep. De bevindingen van het huidige onderzoek treden mogelijk alleen op bij de huidige data. Bij een vergelijking met andere type consulten kan gekeken worden wat daadwerkelijk het verschil is tussen de gespreksvormen met betrekking tot participatie van naasten. Daarbij kan ook onderzocht worden of de specifieke rollen in dit onderzoek ook van toepassing zijn op naasten van patiënten met een andere ziekte of aandoening.

Een tweede aanbeveling, passend bij de tweede beperking, is om onderzoek te doen naar naastenparticipatie in videoconsulten waar ook vanuit de locatie van de patiënt en naaste opnames zijn gemaakt. Dit kan meer inzicht geven in de aanwezigheid van de naaste, de rol van stille getuige en de non-verbale gedragingen van de naaste. Daarnaast kan de locatie meer betekenis geven aan de uitingen die naasten doen (Mazeland, 2012).

Een derde aanbeveling, passend bij de derde beperking, is om te onderzoeken of de participatierollen verschillen tussen diverse leeftijdscategorieën van naasten en patiënten. De verwachting is dat vooral oudere patiënten ondersteund willen worden tijdens medische consulten (Brown et al., 1998), vooral als deze via video worden gevoerd. De leeftijd van de patiënt kan er dan mogelijk voor zorgen dat een naaste in een specifieke participatierol wordt gezet. Daarnaast kan de leeftijd van de naaste mogelijk ook van invloed zijn op de rollen die de naaste aanneemt. Een jonge naaste zal veel ervaring hebben met de technologische ontwikkelingen en zich op zijn/haar gemak voelen om via een video een consult te voeren en met de arts te praten. Het kan dan ook zijn dat een jonge naaste een actievere rol aanneemt dan een oudere naaste. Deze verwachtingen dienen echter ondersteund te worden met fundamenteel onderzoek. Als er een verschil blijkt tussen leeftijdscategorieën betreft naastenparticipatie is het belangrijk dat artsen hiermee rekening houden. Dit kunnen zij doen door bij bijvoorbeeld naasten van een specifieke leeftijdscategorie direct te betrekken, terwijl bij een andere leeftijdscategorie het creëren van een participatiecontext voldoende is.

Een vierde aanbeveling voor vervolgonderzoek is om meer onderzoek te doen naar de verschillen tussen videoconsulten en face-to-face consulten. Het huidige onderzoek geeft enkel inzicht in naastenparticipatie en het verschil hiervan tussen de gespreksvormen. Het is echter denkbaar dat meer aspecten van het consult verschillen tussen de twee gespreksvormen. Hoewel het huidige onderzoek veel voorgaande bevindingen ondersteunt en aanvult, blijft onderzoek naar de invloed van nieuwere technieken, zoals video, op het verloop van het consult relevant.

Door onderzoek te doen naar het verschil tussen de twee gespreksvormen kan de invloed van het type medium verduidelijkt worden.

Een vijfde aanbeveling voor vervolgonderzoek is om het bewustzijn van de camera's te verlagen bij patiënten en naasten. Bij de consulten kunnen patiënten en hun naasten zich tijdens het gesprek erg bewust zijn van het feit dat het consult wordt opgenomen, waardoor zij zich mogelijk anders gaan gedragen en het gesprek niet meer natuurlijk verloopt. Natuurlijk verloop van een gesprek is echter een belangrijk aspect van conversatieanalyse (Mazeland, 2012). Daarom is het belangrijk dat de zichtbaarheid van de camera's worden verlaagd, door bijvoorbeeld in videoconsulten de camera buiten het gezichtsveld van de patiënt en naasten te plaatsen. Hierdoor zullen zij in videoconsulten geen statief met camera achter de arts zien (wat in het huidige onderzoek soms wel het geval was). In face-to-face consulten kan de camera minder zichtbaar worden, door bijvoorbeeld de camera vanuit een kast te richten op het consult en niet op een statief aan tafel opnames te maken. Hierdoor is de camera nog wel zichtbaar, maar minder opvallend.

Een andere manier om het bewustzijn van de camera's te verminderen is om patiënten en naasten vooraf niet in te lichten over de opnames. Vanuit ethisch oogpunt is dit echter niet verantwoord en in het medisch domein is toestemming vooraf zelfs verplicht. Bij een onderzoek naar videogesprekken buiten het medisch domein is dit niet altijd verplicht en kan er overwogen worden om participanten na de opnames in te lichten over de camera's en toestemming te vragen voor het gebruik hiervan, zodat het bewustzijn van de camera's geen invloed heeft op het verloop van het gesprek en een echt natuurlijk gesprek geanalyseerd kan worden.

Maatschappelijke implicaties

Het huidige onderzoek heeft, naast de bovengenoemde wetenschappelijke implicaties, een aantal maatschappelijke implicaties. Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat naasten, vooral in videoconsulten, actiever deel kunnen nemen aan een consult. Naasten hebben een lage mate van verbale participatie in videoconsulten, terwijl naastenparticipatie belangrijk is tijdens medische consulten (Golin et al., 1996; Laidsaar-Powell et al., 2013). Om te zorgen dat naasten actiever participeren kan er een voorlichtingsprogramma worden opgesteld. Hierin krijgen naasten toelichting op het thema naastenparticipatie en uitleg over waarom het belangrijk is dat zij actief deelnemen aan het gesprek (Schilling et al., 2007). Het is belangrijk dat er wordt gewerkt aan voorlichting voor naasten over videoconsulten en naastenparticipatie, aangezien er steeds meer gebruik gemaakt wordt van videoconsulten (Hazin & Quaddoumi, 2010; Zilliacus et al., 2011). Deze voorlichting kan de mogelijke angsten van de patiënten en

hun naasten ten behoeve van videoconsulten verminderen. De videoconsulten brengen namelijk steeds meer voordelen met zich mee die benadrukt kunnen worden (Bouma et al., 2018; Hjelm, 2005; Kvedar et al., 2014; Liu et al., 2007).

Een tweede maatschappelijke implicatie is dat het creëren van duidelijkheid over de aanwezigheid van een naaste in een videoconsult van belang is. Om te zorgen dat naasten actiever participeren is het aan te raden om duidelijkheid te krijgen over de aanwezigheid, zodat artsen deze naasten bij het consult kunnen betrekken. Duidelijkheid over de aanwezigheid van een naaste kan bijvoorbeeld door een vraag van de arts worden achterhaald. De vragen ‘wie zijn er allemaal aanwezig bij dit consult?’ of ‘luistert er verder nog iemand mee met ons?’ kan al duidelijkheid creëren over de aanwezigheid van een naaste. Artsen kunnen in het consult een context creëren waar naasten actief kunnen deelnemen. Als artsen het idee hebben dat een naaste niet actief participeert (zoals in videoconsulten), kan de arts diegene direct betrekken door een vraag te stellen die naastenparticipatie uitlokt. Kortom, de bevindingen van dit onderzoek kunnen ingezet worden om gespreksdeelnemers in medische (video)consulten te ondersteunen.

Literatuurlijst

- Aggarwal, D., Bernd, P., Frank, V., Mark, B., & Thuong, M. (2016). Doctor, can you see my squats?: Understanding bodily communication in video consultations for physiotherapy. *Proceedings of the 2016 ACM conference on designing interactive systems*, 8, 1197-1208. doi: 10.1145/2901790.2901871
- Alpert, J. M., Dyer, K. E., & Lafata, J. E. (2017). Patient-centered communication in digital medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 100, 1852-1858. doi: 10.1016/j.pec.2017.04.019
- Aoki, H. (2011). Some functions of speaker head nods. In J. Streeck, C. Goodwin, & C. LeBaron (Red.), *Language and body in the material world* (1e ed., pp. 93-105). New York: Cambridge University Press.
- Arminen, I., Licoppe, C., & Spagnolli, A. (2016). Respecifying mediated interaction. *Research on Language and Social Interaction*, 49(4), 290-309. doi: 10.1080/08351813.2016.1234614
- Bouma, G., De Hosson, L. D., Van Essen, H., De Vries, E. G. E., De Groot, D. J. A., & Walenkamp, A. M. E. (2018). Use of video-consultation is feasible during follow-up care of patients with a neuroendocrine tumor. *Clinical Oncology*, 30(6), 369. doi: 10.1016/j.clon.2018.02.027.
- Brown, J. B., Brett, P., Stewart, M., & Marshall, J. N. (1998). Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Canadian Family Physician*, 44, 1644-1650.
- Eggly, S., Penner, L. A., Greene, M., Harper, F. W. K., Ruckdeschel, J. C., & Albrecht, T. L. (2006). Information seeking during 'bad news' oncology interactions: Question asking by patients and their companions. *Social Science & Medicine*, 63, 2974-2985. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.07.012
- Garcia, A. (2013). *An introduction to interaction: Understanding talk in formal and informal settings*. New York: Continuum Publishing Corporation.
- Golin, C. E., DiMatteo, M. R., & Gelberg, L. (1996). The role of patient participation in the doctor visit. *Diabetes Care*, 19(10), 1153-1164. doi: 10.2337/diacare.19.10.1153

- Gonçalves, F., Marques, A., Rocha, S., Leitão, P., Mesquita, T., & Moutinho, S. (2005). Breaking bad news: Experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, *19*(7), 526-531. doi: 10.1191/0269216305pm1070oa
- Goodwin, C. (1979). The interactive construction of a sentence in natural conversation. In G. Psathas (red.), *Every language: Studies in ethnomethodology* (pp. 97-121). New York: Irvington Publisher
- Harper, R., Watson, R., & Licoppe, C. (2017). Interpersonal video communication as a site of human sociality. *Journal of Pragmatics*, *27*(3), 301-318. doi: 10.1075/prag.27.3.01har
- Hazin, R., & Quaddoumi, I. (2010). Teleoncology: Current and future applications for improving cancer care globally. *The Lancet Oncology*, *11*(2), 204-210. doi: 10.1016/S1470-2045(09)70288-8
- Hjelm, N. M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *11*, 60-70. doi: 10.1258/1357633053499886
- Hubbard, G., Kidd, L., Donaghy, E., McDonald, C., & Kearney, N. (2007). A review of literature about involving people affected by cancer in research, policy and planning and practice. *Patient Education and Counseling*, *65*, 21-33. doi: 10.1016/j.pec.2006.02.009
- Kendon, A. (2002). Some uses of the head shake. *Gesture*, *2*(2), 147-182. doi: 10.1075/gest.2.2.03ken
- Kvedar, J., Coye, M. J., & Everett, W. (2014). Connected health: A review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health affairs*, *33*(2), 194-199. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0992
- Laidsaar-Powell, R. C., Butow, P. N., Charles, C., Lam, W. W. T., Jansen, J., McCaffery, K. J., ..., & Juraskova, I. (2013). Physician-patient-companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling*, *91*(1), 3-13. doi: 10.1016/j.pec.2012.11.007
- Licoppe, C. (2017). Skype appearances, multiple greetings and 'coucou'. The sequential organization of video-mediated conversation openings. *Pragmatics*, *27*(3), 351-368. doi: 10.1075/prag.27.3.03lic

- Licoppe, C., & Morel, J. (2012). Video-in-interaction: "Talking Heads" and the multimodal organization of mobile and skype video calls. *Research on Language & Social Interaction*, 4(4), 399-429. doi: 10.1080/08351813.2012.724996
- Liddicoat, A. (2007). *An introduction to conversation analysis*. London: Continuum Publishing Corporation.
- Liu, X., Sawada, Y., Takizawa, T., Sato, H., Sato, M., Sakamoto, H., ..., & Sakamaki, T. (2007). Doctor-patient communication: A comparison between telemedicine consultation and face-to-face consultation. *Internal Medicine*, 46(5), 227-232. doi: 10.2169/internalmedicine.46.1813
- Matusitz, J., & Breen, G. M. (2007). E-health: A new kind of telemedicine. *Social work in Public Health*, 23(1), 95-113. doi: 10.1300/J523v23n01_06
- Mazeland, H. (1995). Conversatie-analyse van communicatie in institutionele settings: Te veel micro, te weinig macro? In H. Mazeland & C. Sauer (red.), *Communiceren, waarnemen, analyseren* (1e ed., pp. 65-92). Groningen: GLUC.
- Mazeland, H. (2012). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Meropol, N. J., Daly, M. B., Vig, H. S., Manion, F. J., Manne, S. L., Mazar, C., ..., & Zubarev, V. (2011). Delivery of internet-based cancer genetic counselling services to patients' homes: A feasibility study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(1), 36-40. doi:10.1258/jitt.2010.100116.
- Norricks, N., R. (1987). Functions of repetition in conversation. *Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 7(3), 245-264. doi: 10.1515/text.1.1987.7.3.245
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), 1-12. doi: 10.2196/jmir.7.1.e1
- Pappas, Y., & Seale, C. (2009). The opening phase of telemedicine consultations: An analysis of interaction. *Social Science and Medicine*, 68, 1229-1237. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.011
- Rasmussen, G. (2014). Inclined to better understanding - The coordination of talk and 'leaning forward' in doing repair. *Journal of Pragmatics*, 65, 30-45. doi: 10.1016/j.pragma.2013.10.001

- Sabesan, S., Simcox, K., & Marr, I. (2012). Medical oncology clinics through videoconferencing: An acceptable telehealth model for rural patients and health workers. *Internal Medicine Journal*, 42(7), 780-785. doi: 10.1111/j.1445-5994.2011.02537.x.
- Sacks, H., Schegloff, E. M., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 4(1), 696-735. doi: 10.2307/412243
- Schilling, L. M., Scatena, L., Steiner, J. F., Albertson, G. A., Lin, C. T., Cyran, L., ..., & Anderson, R. J. (2002). The third person in the room: Frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *The Journal of Family Practice*, 51(8), 685-690.
- Schmid, M., Hall, J. A., & Roter, D. L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in virtual medical visit. *Patient Education And Counseling*, 68(1), 16-22. doi: 10.1016/j.pec.2007.03.020
- Sidnell, J. (2010). *Conversation analyses: An introduction*. Chisester: John Wiley & Sons.
- Speice, J., Harkness, J., Laneria, H., Frankel, R., Roter, D., Kornblith, A.B., ..., & Holland, J. C. (2002). Involving family members in cancer care: Focus group considerations of patients and oncological providers. *Psycho-oncology*, 9, 101-112. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:23.0.CO;2-D
- Street, R. L., & Gordon, H. S. (2008). Companion participation in cancer consultations. *Psycho-oncology*, 17, 244-251. doi: 10.1002/pon.1225
- Tachakra, S., & Rajani, R. (2002). Social presence in telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8(4), 226-230. doi: 10.1258/135763302320272202
- Ten Have, P. (2007). *Introducing qualitative methods. Doing conversation analysis: A practical guide*. Thousand Oaks: Sage Publications. doi: 10.4135/9781849208895
- Zilliacus, E. M., Meiser, B., Lobb, E. A., Kelly, P. J., Barlow-Stewart, K., Kirk, J. A., ..., & Tucker, K. M. (2011). Are videoconferenced consultation as effective as face-to-face consultations for hereditary breast an ovarian cancer genetic counseling? *Genetics in Medicine*, 13(11), 933-941. doi: 10.1097/GIM.0b013e3182217a19