

Medische videoconsulten: herstel in videogemedieerde interactie tussen arts en patiënt

*Medical videoconsultations: repair in video-mediated
doctor-patient interaction*

Masterscriptie



Radboud Universiteit Nijmegen

Pien van de Mortel

Radboud Universiteit Nijmegen

Master Communicatie- en informatiewetenschappen (CIW): Communicatie en Beïnvloeding

1^e beoordelaar: Dr. W. Stommel

2^e beoordelaar: Dr. W.G. Reijnierse

2 juli 2018

Aantal woorden: 12.653

Samenvatting

Deze scriptie richt zich op begripsproblemen in medische videoconsulten tussen artsen en patiënten en de manier waarop deze begripsproblemen opgelost worden. Een mechanisme dat in werking gesteld kan worden om begripsproblemen in mondelinge interactie op te lossen is herstel. Video zou het gebruik van herstel in mondelinge interactie kunnen beïnvloeden omdat er bij videotechniek regelmatig verstoringen in het audiokanaal of visueel kanaal zijn die zorgen dat informatie geheel of gedeeltelijk niet overkomt naar de andere gespreksdeelnemer waardoor er misverstanden ontstaan. Aangezien de arts-patiënt communicatie de uitkomsten van een medisch gesprek met betrekking tot de gezondheid van de patiënt kan beïnvloeden, behoeft herstel in medische videoconsulten aandacht. Deze scriptie schenkt deze aandacht aan herstel door de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: *“Is het medium observeerbaar van invloed op het fenomeen herstel in de interactie tussen artsen en patiënten in medische videoconsulten?”*. Er zijn 18 medische videoconsulten geanalyseerd op herstel door middel van de onderzoeksmethode conversatieanalyse. Daaruit bleek dat er grofweg vijf hersteltypen in de videoconsulten aanwezig zijn. Deze hersteltypen zijn zelf-geïnitieerd zelf-herstel, zelf-geïnitieerd zelf-herstel door middel van gedeeltelijke herhaling, zelf-geïnitieerd zelf-herstel door middel van volledige herhaling, ander-geïnitieerd open-class zelf-herstel en ander-herstel in de vorm van inbreng van de naaste. Met name gedeeltelijke herhaling, volledige herhaling en open-class herstel lijken beïnvloed te worden door het gebruik van videotechniek. Het herstel om begripsproblemen op te lossen wordt zowel door de arts als door de patiënt geïnitieerd. Het medium lijkt geen belemmering te zijn om het wederzijds begrip te herstellen na begripsproblemen. Er is geen reden om aan te nemen dat videoconsulten een negatieve invloed zijn voor de patiënt of een negatieve invloed op de uitkomsten van het gesprek zouden hebben.

1. Inleiding

De communicatie tussen patiënten en artsen bestaat uit vele facetten en door de komst van internet en nieuwe technologieën zijn enkele facetten van deze communicatie veranderd. Er zijn vele nieuwe mogelijkheden ontstaan, zoals bijvoorbeeld het voeren van videoconsulten waarbij de communicatie tussen patiënten en artsen wordt gemedieerd door een videoverbinding. Videoconsulten zijn vrij nieuw en lijken grote potentie te hebben voor de gezondheidszorg. Zo kunnen ze de gezondheidszorg toegankelijker en beter maken voor patiënten. Zowel de locatie waar het consult plaatsvindt als de onderwerpen die tijdens het consult besproken worden verschillen bij video en face-to-face consulten (Arminen, Licoppe & Spagnolli, 2016). Onder andere de non-verbale communicatie verandert. Het is bijvoorbeeld vrijwel nooit zo dat je elkaar recht in de ogen aan kunt kijken bij videoconsulten. Je kijkt beide naar het scherm om de ander te zien terwijl de camera meestal iets boven het scherm staat. Ook wordt het aflezen van iemands lichaamstaal lastig aangezien je vaak alleen het hoofd ziet. Door deze veranderingen houden bepaalde mechanismen die mensen in face-to-face communicatie gebruiken, zoals bijvoorbeeld oogcontact hebben, geen stand in videogemedieerde communicatie. Het medium video heeft daardoor vermoedelijk invloed op de manier waarop de arts en patiënt communiceren. Videotechniek is niet altijd betrouwbaar en heeft geregeld last van verstoringen die het gesprek mogelijk negatief beïnvloeden. Om er achter te komen hoe videotechniek de communicatie tussen artsen en patiënten tijdens videoconsulten kan beïnvloeden moet deze communicatie op microniveau geanalyseerd worden. Één van de mechanismen of structuren die gesproken interactie kenmerkt is herstel (Sidnell & Stivers, 2013). Herstel is een mechanisme waarmee problemen in het verstaan van de gesprekspartner of begripsproblemen verholpen kunnen worden. Herstel kan vanuit verschillende kanten bekeken worden, zoals bijvoorbeeld vanuit de persoon die het herstel initieert of in welke vorm herstel voorkomt. Het gebruik van videotechnologie brengt vaker storingen met zich mee waardoor herstel mogelijk een grotere rol speelt in videoconsulten dan in face-to-face consulten. Het is van belang om de aanwezigheid van herstel in videogesprekken inzichtelijk te maken om zo een conclusie te kunnen trekken over de effectiviteit van deze videoconsulten.

Allereerst zal er een theoretisch kader geschetst worden dat zal eindigen met de onderzoeksvraag. Daarna zal de methode beschreven worden gevolgd door de resultaten. Als laatste zullen een conclusie en discussie beschreven worden.

2. Theoretisch kader

Medische communicatie is bijna net zo belangrijk voor patiënten als medicijnen. Daarmee wordt bedoeld dat de communicatie tussen artsen en patiënten het welzijn, de gezondheid en de genezing van de patiënt kan beïnvloeden (Drew, Chatwin & Collins, 2001; De Haes & Bensing, 2009; Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012; Sep, Van Osch, Van Vliet, Smets & Bensing, 2014). Zo kan de communicatie van een arts bijvoorbeeld het ervaren stressniveau van de patiënt verminderen, het toekomstperspectief van de patiënt verbeteren en de algemene lichamelijke gezondheid van de patiënt verbeteren. Het hoofddoel van arts-patiënt communicatie is het verbeteren van de gezondheid van de patiënt (De Haes & Bensing, 2009). Een secundair doel is het opbouwen van een relatie waarin de arts en patiënt elkaar vertrouwen en begrijpen. Dit kan wederom voor een verminderd stressniveau zorgen waardoor de patiënt de informatie beter tot zich neemt en een groter deel van de informatie die de arts geeft voor waar aanneemt zoals bijvoorbeeld het gegeven toekomstperspectief (Sep et al., 2014). De Haes en Bensing (2009) stellen dat medische communicatie tussen artsen en patiënten uit zes onderdelen bestaat: relatie opbouwen, informatie verzamelen, informatie verstrekken, besluitvorming, omgaan met emoties en de ziekte bespreken en de bij de ziekte behorende behandeling daadwerkelijk uitvoeren (De Haes & Bensing, 2009, p. 290). De manier waarop deze onderdelen van communicatie tussen arts en patiënt worden vormgegeven heeft gevolgen voor de medische uitkomsten van de interactie en behoeft daarom aandacht. Deze scriptie richt zich op arts-patiënt communicatie in het gezondheidsdomein.

2.1 E-health en videoconsulten

Door de komst van internet en vele technologische ontwikkelingen zijn er wereldwijd nieuwe manieren van communiceren ontstaan (Keller, 2009), die ook in het gezondheidsdomein in toenemende mate gebruikt worden (Ketelaar, Vreugdenhil & Schers, 2010). Het gebruik van internet en nieuwe media in de gezondheidszorg wordt ook wel e-health genoemd (Ketelaar et al., 2010; Hilty et al., 2013). De toepassing van e-health in de

gezondheidszorg heeft veel potentie en lijkt vele voordelen te bieden zoals het verbeteren van de zorgkwaliteit, het toegankelijker maken van de zorg en financiële voordelen (Andersson & Cuijpers, 2009; Ketelaars et al., 2010; Johansson, Lindberg & Södenberg, 2014). Een onderdeel van e-health is dat artsen en patiënten elkaar niet in het ziekenhuis, maar via een videoverbinding spreken in een zogenaamd videoconsult. Het voornaamste voordeel voor patiënten is de besparing van veel reistijd wat mogelijk het lichamelijk herstel van de patiënt ten goede komt (Saleh, Larsen, Bergsaker-Aspøy & Grundt, 2014). Ook blijkt dat videoconsulten door patiënten vaak even positief worden ervaren als face-to-face consulten met betrekking tot effectiviteit en voorkeur (Hilty et al., 2013; Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014). Videoconsulten lijken dus een verrijking voor de gezondheidszorg te zijn en een grote potentie in de toekomst van de zorg te hebben.

Toch weten we nog niet genoeg over het verschil tussen reguliere- en videoconsulten. Elk medium wordt gekenmerkt door een eigen specifieke manier van het construeren van de communicatie (Arminen et al., 2016). Elk nieuw medium brengt nieuwe mogelijkheden voor gebruik en nieuwe effecten met zich mee (Müller, 2008; Kirk, Sellen & Cao, 2010; Schultz, Utz & Goritz, 2011). Ook video als medium beïnvloedt de manier van betekenis geven in en aan de communicatie. Dit werkt mogelijk door in de relatie tussen arts en patiënt waarin begrip en vertrouwen centraal staan (De Haes & Bensing, 2009). Wederzijds begrip, ook wel intersubjectiviteit genoemd, is een doel van elk gesprek en ook van videoconsulten tussen artsen en patiënten (Lipari, 2014). Er is wederzijds begrip in een gesprek als alle gespreksdeelnemers dezelfde interpretatie hebben van het gezegde. Wederzijds begrip komt tot stand door middel van sociale interactie tussen de gespreksdeelnemers, oftewel door middel van wat ze doen met wat ze zeggen (Koole, 2014). Het gebruik van video heeft mogelijk invloed op de interactie tussen artsen en patiënten en kan daardoor de medische uitkomsten van het videoconsult beïnvloeden (De Haes & Bensing, 2009; Duranti, 2010; Burgers et al., 2012; Sep et al., 2014).

2.2 Mondelinge interactie en herstel

De komst van een nieuw medium beïnvloedt de mondelinge interactie tussen artsen en patiënten en de manier waarop wederzijds begrip tot stand wordt gebracht. Mondelinge interactie wordt gekarakteriseerd door de aanwezigheid van een aantal mechanismen, zoals onder andere beurtwisseling, beurtontwerp, herstel en sequentiële organisatie (Maynard &

Heritage, 2005; Sidnell & Stivers, 2013). Herstel is één van de interactionele mechanismen die ingezet kunnen worden als wederzijds begrip op het spel staat (Schegloff, Jefferson & Sacks, 1977; Mazeland, 2012). Vaak wordt herstel ingezet om het wederzijdse begrip te herstellen door problemen in het gesprek met betrekking tot woordgebruik, problemen met het verstaan of problemen in het begrip van wat er gezegd wordt, op te lossen. Herstel komt ook voor in videogemedieerde interactie (Johansson et al., 2014). Herstel heeft als doel de ontvanger van de uiting de correcte interpretatie van het gezegde te geven of te krijgen (Mazeland, 2012), oftewel begripsproblemen te voorkomen of op te lossen.

Schegloff en anderen (1977) onderscheiden verschillende typen herstel waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen het initiëren van herstel en het realiseren van herstel. Herstel kan geïnitieerd worden door de spreker van de beurt, ook wel zelf-geïnitieerd herstel genoemd, of door de gesprekspartner die de ontvanger van de uiting is, ook wel ander-geïnitieerd herstel genoemd. Daarnaast kan het herstel door de spreker zelf voltooid worden of door een ander, ook wel zelf-herstel en ander-herstel genoemd. Over het algemeen is er een preferentie voor zelf-herstel boven ander-herstel (Schegloff et al., 1977). De meest voorkomende type is het zelf-geïnitieerd zelf-herstel dat in dezelfde beurt voltooid wordt. Een veel voorkomende type van zelf-geïnitieerd zelf-herstel is een verspreking (Lerner & Kitzinger, 2015), die kan bestaan uit een foutief woord vervangen, een deel van de beurt toevoegen of juist een deel weghalen (Wilkinson & Weatherall, 2011). Zelf-geïnitieerd zelf-herstel kent ook andere vormen zoals herhaling van een deel van de beurt, herhaling van de volledige beurt of herhaling in de vorm van een herformulering (Robinson & Kevoe-Feldman; 2010; Wilkinson & Weatherall, 2011; Bolden, Mandelbaum & Wilkinson, 2012). Zelf-geïnitieerd zelf-herstel is een type herstel dat in korte tijd voltooid kan worden. De spreker initieert en voltooit zelf het herstel waardoor het gesprek weinig last ondervindt van het herstel. Ander-geïnitieerd zelf-herstel beslaat daarentegen een langer deel van het gesprek. Daarbij geeft de andere gesprekspartner een initiëring en in een volgende beurt wordt het herstel pas voltooid. Een veel voorkomend type ander-geïnitieerd zelf-herstel is open-class herstel (Schegloff et al., 1997; Robinson & Kevoe-Feldman, 2010). Daarbij kan de andere gesprekspartner letterlijk vragen om herstel bijvoorbeeld “Wat zegt u?”. Ook kan de gesprekspartner kiezen voor een verkorte vorm van het herstel door slechts een vraagterm te gebruiken zoals bijvoorbeeld “Wat?” of “Huh?”. Uit eerder onderzoek naar videogemedieerde interactie blijkt dat sommige gevallen van herstel in videoconsulten

veroorzaakt worden door het medium, andere niet (Rintel, 2013). Naast deze verschillende typen herstel, onderscheiden Schegloff en anderen (1977) ook verschillende posities waarop herstel geïnitieerd kan worden. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de herstelaanleiding en herstelinitiëring. De aanleiding is het deel van de beurt waardoor er een begripsprobleem ontstaat en de initiëring volgt hierop. Deze posities zijn te zien in tabel 1.

Tabel 1. De posities waarop herstel geïnitieerd kan worden (Schegloff et al., 1977)

Positie	Uitleg
1a	zelf initiëring binnen dezelfde beurt als de herstelaanleiding
1b	zelf initiëring in de transitieruimte tussen de beurt met de herstelaanleiding en de volgende beurt
2	ander initiëring van herstel in de beurt volgend op de herstelaanleiding
3	derde positie herstel waarbij de spreker van de herstelaanleiding in een derde beurt alsnog zelf herstel initieert
4	vierde positie herstel waarbij de gesprekspartner zich op een later moment in het gesprek realiseert dat hij toch geen goede interpretatie van de uiting heeft en dan alsnog herstel initieert

Deze scriptie richt zich op het mechanisme herstel en zal daarbij letten op de verschillende typen herstel, de herstel initiëring en voltooiing en de positie daarvan en welk doel met het herstel bereikt wordt. Om het fenomeen herstel te verduidelijken is in fragment 1 een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel te zien met een korte analyse.

Fragment 1 (inclusienummer 1)

41	A:	ja (.) dus e::h e- ontsteking niet als in: met
42		<bacteriën en dergelijke> maar meer (.) zegt dat iets
43		over 'et <u>ontstaan</u> of of de groei van dat eh: van die
44		afwijking?
45		(1.6)
46		((P knikt))

In regel 43 zegt de arts ‘het ontstaan’ van de afwijking, maar dit vervangt hij door ‘de groei’ van de afwijking. Het herstel is zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de arts en het is een positie 1a herstel waarbij de arts zelf het herstel initieert en ook voltooit. Fragment 1 bevat een geval van een verspreking, een van de standaardvormen van zelf-geïnitieerd zelf-herstel (Lerner & Kitzinger, 2015). Door de verspreking snel op te lossen voorkomt de arts hier een mogelijk begripsprobleem in het verdere verloop van het consult.

Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar herstel in videoconsulten. Veel van de onderzoeken naar herstel zijn gebaseerd op face-to-face gesprekken of telefoongesprekken (Schegloff et al., 1977; Schegloff, 1997; Beach, 2008; Smith, 2009). Dit heeft inzichten opgeleverd in hoe het mechanisme van herstel werkt in mondelinge communicatie. Recentelijk is er ook onderzoek naar herstel in videocommunicatie gedaan (Johansson et al., 2014; Oittinen, 2018; Rintel, 2013).

2.3 Herstel in videoconsulten

De verbinding die bij videoconsulten wordt gelegd tussen arts en patiënt middels video bestaat uit een audiokanaal en een visueel kanaal. Stivers en Sidnell (2005) stellen dat een face-to-face gesprek uit een vocale en een visuospatiële modaliteit bestaat. De vocale modaliteit van het gesprek kan door middel van een audiokanaal gerealiseerd worden en door middel van het visuele kanaal kan de visuospatiële modaliteit gerealiseerd worden. Tot op zekere hoogte zijn de essentiële onderdelen van een mondeling gesprek ook aanwezig binnen een video gemedieerd gesprek. Echter, een videoverbinding is afhankelijk van technologie en die is niet altijd even betrouwbaar. Een kenmerk van videotechnologie is dat één of beide modaliteiten kunnen wegvallen waardoor het gesprek verstoord wordt (Rennecker & Godwin, 2005). Bij een videogemedieerd gesprek komen altijd lags voor omdat er tussen verzending en ontvangst van een signaal per definitie een vertraging zit ten opzichte van een face-to-face gesprek. Een lag is een vertraging tussen het moment van input en het moment van output (Mulfari, Celesti & Villari, 2015). Deze vertraging kan plaatsvinden binnen één beurt of tussen twee beurten in. De lag wordt pas als storend ervaren als deze zodanig het audiokanaal of visuele kanaal kan laten wegvallen of vertragen dat dit tot misverstanden leidt (Kirk et al., 2010; Mulfari et al., 2015). De lag kan daarbij de audio met een vertraging overbrengen, of het beeld met vertraging afspelen. In videogemedieerde communicatie wordt de kwaliteit van een audiokanaal als belangrijker

gezien dan de kwaliteit van een visueel kanaal (Kirk et al., 2010), dus verstoringen van het audiokanaal worden als ernstiger ervaren dan verstoringen van het visuele kanaal. Door de ernst van de verstoringen is het van belang meer inzicht te krijgen in het interactioneel oplossen van storingen door middel van herstel. Deze scriptie richt zich daarom onder andere op het gebruik van herstel na verstoringen in de audio- of videoverbinding.

Er zijn al enkele conversatieanalyses van video interactie gedaan. Johansson en anderen (2014) hebben zich specifiek gericht op herstel in videoconsulten. Zij vonden dat er tijdens een videoconsult vaker herhaling als vorm van herstel (Smith, 2009) plaatsvindt dan tijdens een face-to-face consult, met name herhaling om te verduidelijken wat er gezegd wordt en om er zeker van te zijn dat er wederzijds begrip tussen patiënt en arts bereikt wordt. Een ander recent onderzoek van Oittinen (2018) liet zien hoe deelnemers van een gesprek omgaan met problemen in het audiokanaal tijdens videocommunicatie. In videocommunicatie zijn er regelmatig verstoringen die de progressiviteit van het gesprek kunnen verslechteren. Het blijkt dat deelnemers aan een videogemedieerd gesprek de progressiviteit van het gesprek belangrijker achten dan het wederzijdse begrip. Oittinen (2018) deed onderzoek naar videocommunicatie bij vergaderingen met collega's. In vergaderingen vinden gespreksdeelnemers het dus belangrijker dat het gesprek doorloopt dan dat ze elkaar helemaal begrijpen. Het feit dat men mogelijke begripsproblemen voor lief neemt leidt tot de vraag ten koste waarvan deze voorkeur voor de progressiviteit gaat. Mogelijk is de voorkeur voor progressiviteit boven wederzijds begrip anders in andere contexten. Zoals Johansson en anderen (2014) hebben aangetoond wordt goede communicatie als essentieel ervaren tijdens een videoconsult. Door goede communicatie ontstaat er wederzijds begrip tussen artsen en patiënten. Herstel speelt een grote rol bij het bewerkstelligen van wederzijds begrip tussen artsen en patiënten, met name in situaties waarin begripsproblemen aanwezig zijn.

De behandeling van bovenstaande theorie toont dat het domein van videogemedieerde communicatie, herstel en verstoringen nog weinig onderzocht is. Het gebruik van het medium video kan het ontstaan van wederzijds begrip mogelijk beïnvloeden door lags in het audiokanaal of visuele kanaal. Gespreksdeelnemers kunnen lags laten passeren of kunnen ze als verstoringen behandelen die ze moeten oplossen of voorkomen. De aspecten van herstelsequenties in videoconsulten die deze scriptie in kaart brengt zijn de frequentie, de positie, de gespreksdeelnemer die herstel initieert en/of voltooit en de

aanleiding. Deze scriptie zal trachten bovenstaande aspecten te verduidelijken door antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: *Is het medium observeerbaar van invloed op het fenomeen herstel in de interactie tussen artsen en patiënten in medische videoconsulten?*

3. Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zal deze scriptie gebruik maken van de kwalitatieve onderzoeksmethode conversatieanalyse. Hierbij zal het fenomeen van herstel in videogemedieerde arts-patiënt communicatie vanuit microniveau analyse in kaart worden gebracht. Allereerst zal in dit hoofdstuk de data besproken worden, gevolgd door participanten en de procedure.

3.1 Data

De data die voor deze scriptie zijn geanalyseerd zijn 18 videoconsulten tussen drie artsen en 18 patiënt die gevoerd zijn met het softwareprogramma Facetalk. De videoconsulten zijn opgenomen in de periode van juni 2017 tot en met april 2018. Het materiaal is verzameld door medewerkers van het Radboud UMC. De CMO-commissie heeft een niet WMO-plichtig verklaring afgegeven waaruit afgeleid kan worden dat het UMC ethische goedkeuring heeft gegeven voor het onderzoek. Alle deelnemers aan de consulten hebben een toestemmingsverklaring getekend en zullen in deze scriptie verder anoniem behandeld worden met behulp van inclusienummers en pseudoniemen in de transcripten.

De consulten duren tussen de acht en drieëntwintig minuten en bij elk gesprek is hoofdzakelijk één arts en één patiënt aan het woord. In enkele consulten bevindt zich bij de patiënt een naaste die ook deelneemt aan het gesprek.

De inhoud van de videoconsulten verschilt per consult aangezien het over een unieke gezondheidssituatie per patiënt gaat. Wel kan gezegd worden dat alle patiënten een operatie hebben ondergaan om mogelijk kwaadaardig weefsel te laten verwijderen. Dit weefsel is opgestuurd voor onderzoek en tijdens de consulten worden de uitslagen van het weefselonderzoek besproken. De gesprekken vonden ongeveer twee weken na de operatie plaats. Alle patiënten die een dergelijke operatie hadden ondergaan en die ontslagen waren uit het ziekenhuis kregen de mogelijkheid om deel te nemen aan het onderzoek. Alle patiënten die hierop ja hebben gezegd, hebben meegedaan aan het onderzoek.

Voor de analyse zijn zowel de videoconsulten zelf als de transcripten van de videoconsulten gebruikt. Alle videoconsulten zijn getranscribeerd aan de hand van de transcriptieconventies van Jefferson (2004) met behulp van het programma Transana. Er zijn meerdere onderzoekers die de transcripten van de videoconsulten hebben gemaakt. Om de betrouwbaarheid van de dataverzameling te waarborgen zijn er overleggen over de transcriptieconventies en datasessies met alle betrokken onderzoekers geweest. De onderzoekers zelf hebben geen directe invloed gehad op de data omdat ze niet aanwezig zijn geweest in de ruimtes waar de videoconsulten werden opgenomen. De videoconsulten zijn opgenomen met camera's die geplaatst waren in de ruimte waarin de arts zich bevond. Een camera was gericht op de arts zelf en een andere camera was gericht op het beeldscherm waarop de patiënt te zien was. Een overzicht van alle videoconsulten is te vinden in tabel 2.

Tabel 2. Informatieve gegevens over de 18 medische videoconsulten

Inclusie- nummer	Aantal deelnemers	Wie	Arts*	Duur gesprek**
1	2	A (arts) + P (patiënt)	A	7.43
3	3	A (arts) + P (patiënt) + PP (partner patiënt)	B	14.05
4	2	A (arts) + P (patiënt)	A	13.01
6	2	A (arts) + P (patiënt)	B	15.17
11	3	A (arts) + P (patiënt) + PP (partner patiënt)	A	12.38
12	2	A (arts) + P (patiënt)	B	6.22
13	3	A (arts) + P (patiënt) + PP (partner patiënt)	A	12.35
14	2	A (arts) + P (patiënt)	C	22.24
15	2	A (arts) + P (patiënt)	C	12.24
16	2	A (arts) + P (patiënt)	A	6.42
17	3	A (arts) + P (patiënt) + M (moeder patiënt)	A	14.00
18	3	A (arts) + P (patiënt) + PP (partner patiënt)	A	8.43
20	3	A (arts) + P (patiënt) + Z (zoon patiënt)	A	21.01
22	2	A (arts) + P (patiënt)	A	30.03
27	3	A (arts) + P (patiënt) + PP (partner patiënt)	C	11.22
30	2	A (arts) + P (patiënt)	B	8.32

31	4	A (arts) + P (patiënt) + PP (partner patiënt) + Z (zoon patiënt)	B	10.28
34	2	A (arts) + P (patiënt)	A	10.11

* arts: A = Dommel, B = DoezeL, C = Diepenbeek (namen zijn geanonimiseerd)

** minuten

3.2 Participanten

Aan dit onderzoek hebben eenentwintig participanten deelgenomen. Daarvan zijn 18 personen patiënten en drie personen artsen met onder andere een specialisatie in oncologische chirurgie. De artsen en patiënten die hebben deelgenomen aan de videoconsulten voldoen allemaal aan de criteria van 18 jaar of ouder, Nederlands sprekend en hebben allemaal toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. De beschrijvende data van de artsen gaan over alle drie de artsen. Van de drie artsen was het opleidingsniveau WO (100%) en 100% van de artsen was man. Door het niet compleet invullen van de vragenlijsten gaat de beschrijvende data van de patiënten over zestien participanten voor leeftijd en geslacht en over veertien participanten voor opleidingsniveau. Het meest voorkomende opleidingsniveau van de patiënten is vmbo (50%) en dit was ook meteen het laagst gemeten opleidingsniveau. Het hoogst genoten opleidingsniveau was universiteit (6%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 56 jaar, de jongste patiënt was 21 jaar oud en de oudste patiënt was 81 jaar oud. Van de zestien patiënten was 50% man en 50% vrouw.

3.3 Procedure

Voor het onderzoek is gebruikt gemaakt van de onderzoeksmethode conversatieanalyse. Het idee van conversatieanalyse is dat mensen betekenis toekennen aan communicatie door het samen doen van communicatie, oftewel door interactie (Mazeland, 2012). Met conversatieanalyse kan een gesprek op microniveau bekeken worden en kunnen de onderliggende principes in kaart gebracht worden waarmee gespreksdeelnemers betekenis toekennen aan wat ze zeggen en doen. Op die manier kan in kaart gebracht worden hoe en waarvoor artsen en patiënten het mechanisme herstel in videoconsulten gebruiken. De procedure van dataverzameling is hierboven reeds beschreven. In deze paragraaf wordt de procedure van de data-analyse beschreven. Als eerste stap zijn alle herstelsequenties in

het materiaal opgespoord waardoor er een verzameling van herstelsequenties is ontstaan. Van deze verzameling zijn enkele fragmenten van herstelsequenties opgenomen in deze scriptie (zie paragraaf analyse). Sommige fragmenten, zoals in fragment 5, bevatten meerdere gevallen van herstel. In fragment 5 zijn het herstel in regel 49 en het herstel in regel 52 als twee aparte gevallen van herstel geteld. De verzameling van herstelsequenties is geanalyseerd op basis van bovengenoemde theorie over herstel, zoals onder andere de frequentie, de gespreksdeelnemers, het type herstel, de herstel initiëring en voltooiing en de positie daarvan en het doel van het herstel en de gespreksdeelnemers. Voor ieder geval is vastgesteld van welk type herstel sprake was. Vervolgens zijn de verschillende typen herstel gegroepeerd in de categorieën: zelf-geïnitieerd zelf-herstel, gedeeltelijke herhaling, volledige herhaling, open-class herstel en inbreng van de naaste, die onder “analyse” één voor één besproken worden. Per geval en per type herstel is geanalyseerd of de videoverbinding de aanleiding was voor het herstel en of dit tot verstaanbaarheids- of begripsproblemen zorgde. Zo kon uitgezocht worden of het medium van invloed was op de interactie tussen arts en patiënt. Een overzicht van de analyse is te zien in bijlage 1 in de vorm van een analyseschema.

4. Analyse

In de data zijn 123 gevallen van herstel gevonden (met een marge van 30 twijfelgevallen). Deze gevallen laten ons zien hoe artsen en patiënten omgaan met problemen in wederzijds begrip tijdens medische videoconsulten. Dit kunnen problemen zijn in elkaar verstaan of problemen in elkaar begrijpen qua kennis. Sommige gevallen tonen dat de gespreksdeelnemers herstel gebruiken om een storing van videotechniek op te lossen en hebben dus te maken met het medium, terwijl andere gevallen niet observeerbaar met het gebruik van videotechniek te maken hebben. Alle gevonden soorten herstel zullen hieronder beschreven worden met in paragraaf 1 allereerst het zelf-geïnitieerd zelf-herstel. In paragraaf 2 zal zelf-geïnitieerd zelf-herstel, specifiek gedeeltelijke herhaling besproken worden en in paragraaf 3 zelf-geïnitieerd zelf-herstel, specifiek volledige herhaling. Paragraaf 4 zal over ander-geïnitieerd zelf-herstel gaan, specifiek open-class herstel. Als laatste zal in paragraaf 5 herstel in de vorm van inbreng van de naaste beschreven worden. 65% van alle herstelgevallen zijn zelf-herstel (met name zelf-geïnitieerd zelf-herstel, gedeeltelijke en volledige herhaling) en 35% ander-herstel (met name open-class herstel en inbreng van de

naaste). Alle vormen van herstel worden beschreven aan de hand van enkele fragmenten uit de data die representatief zijn voor de soort herstel. Daarna zal per vorm een korte conclusie getrokken worden waarin de link met het gebruik van videoteknik expliciet wordt gemaakt.

4.1 zelf-geïnitieerd zelf-herstel

Ongeveer 35% van de gevonden herstelsequenties bestaat uit zelf-geïnitieerd zelf-herstel (Schegloff, 1997), de meest klassieke vorm van herstel die ook wel verspreking wordt genoemd (Lerner & Kitzinger, 2015). Vrijwel alle gevallen van dit hersteltype zijn positie 1a herstel initiëringen (Schegloff et al., 1977), waarbij de herstel initiëring in dezelfde beurt als de herstelaanleiding plaatsvindt. Hieronder zullen twee gevallen van zelf-geïnitieerd zelf-herstel gegeven worden om te laten zien hoe dit type herstel in videoconsulten voorkomt.

Als eerste volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de patiënt door middel van een afbreking om te corrigeren (r. 261).

Fragment 2 (inclusienummer 17)

259	P:	=want (.) ik had ook naar u:h uh een andere dokter
260		gebeld (.) om te vragen wanneer ik eindelijk
261		>littekenwee- of litteken crème< mocht gebruiken,
262		(0.4)
263	A:	ja=

In regel 261 versprekt de patiënt zich waarbij hij in eerste instantie “littekenwee-“ zegt, maar dit afbreekt om te vervolgen met “of litteken crème”. “littekenwee-“ projecteert het woord littekenweefsel, maar dit past niet in de context van “kan ik eindelijk ... gebruiken”. Dit geval is een standaardvorm van herstel waarbij de spreker een afbreking doet door zelf zijn foutieve woord af te breken voordat het voltooid was en dit te vervangen door het correcte woord. Kortom, dit is het corrigeren van een verspreking. In de data kwamen dit soort versprekingen bij zowel de arts als de patiënt voor en waren er ook verschillende vormen van versprekingen te zien. Zo zijn er versprekingen waarbij een zelfstandig naamwoord hersteld wordt, herstel van een werkwoord, herstel van het onderwerp of herstel van een epistemische formulering (Wilkinson & Weatherall, 2011; Lerner & Kitzinger,

2015). Meestal wordt dit type herstel gedaan om de grammaticale correctheid van de beurt te waarborgen en om mogelijke misverstanden te voorkomen (Wilkinson & Weatherall, 2011).

Hier volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de patiënt door middel van een specificatie.

Fragment 3 (inclusienummer 3)

48	A:	dus <u>daddis</u> e:h da's eh (.) <u>belangrijke</u> uitslag voor nu,
49		(0.3) HOE GAAT HET VERDER?
50		(1.3)
51	P:	E:HM
52		(0.8) ja eigenlijk wel goed alleen eh
53		ja je merkt gewoon dat je: erg moe bent.
54		(1.2)
55		e:h dat je:: >wat da' betreft< eh
56		(.) be' gister voor het eerst een end weze' fietse'
57		(1.1) 'f ja een end tien kilometer;
58		(1.0)
59		e:hm
60		(0.9)
61		'k 'eb e:h nog <u>wel:</u> e:h ↓nja ontlasting is wel lastig,
62		(1.0)

In regel 56 vertelt de patiënt dat ze voor het eerst “een end” is gaan fietsen. Daarna vervolgt ze door de uiting te specificeren en “een end” te herstellen tot “tien kilometer” (r. 57).

Hierbij is geen afbreking te zien, maar is het eerste deel volledig herhaald “een end” en volgt hierna een toevoeging met nog exactere informatie (Wilkinson & Weatherall, 2011). Door deze afstand te specificeren kan de arts een betere inschatting maken van het lichamelijke herstel van de patiënt. Na het herstel vervolgt de patiënt zijn verhaal zonder tussenkomst van de arts. Bij deze standaardvorm van herstel vervolgt de spreker die het herstel deed vaak zijn/haar beurt zonder tussenkomst van de andere gesprekspartner (Raymond & Heritage, 2006; Lerner & Kitinger, 2015). Dit hersteltype beslaat meestal dan ook slechts één beurt en niet meerdere beurten van verschillende gesprekspartners. In fragment 3 is het

zelf-geïnitieerd zelf-herstel in regel 57 ingezet om de huidige conditie van de patiënt te specificeren.

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat deze standaardvorm van herstel in videoconsulten met het medium samenhangt.

4.2 zelf-geïnitieerd zelf-herstel, specifiek gedeeltelijke herhaling herstel

Bij ongeveer 20% van de gevonden gevallen in de data is sprake van zelf-geïnitieerd zelf-herstel (Schegloff, 1997), specifiek in de vorm van gedeeltelijke herhaling (Robinson & Kevoe-Feldman; 2010; Wilkinson & Weatherall, 2011; Bolden et al., 2012). Gedeeltelijke herhaling herstel initiëringen zijn meestal positie 1a of 1b herstel initiëringen (Schegloff et al., 1977). De spreker initieert in dezelfde beurt nog het herstel of in de transitieruimte naar een mogelijk volgende beurt, die vaak herkenbaar is aan een pauze. Onderstaand zal gedeeltelijke herhaling herstel besproken worden aan de hand van vier verschillende fragmenten uit de data.

In fragment 4 volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de arts in de vorm van een gedeeltelijke herhaling en het afmaken van de beurt na een pauze (r. 24, 26).

Fragment 4 (inclusienummer 4)

19	A:	j a: ,
20		goed zo,
21		•h ik zie ik zag een randje--
22	P:	(?)
23		(0.8)
24	A:	IK ZAG EEN RANDJE VAN UW MAN in beeld zag ik.
25		(2.9)
26	P:	wat zegt u?
27	A:	•h IK ZEG NET EEN RANDJE VAN HET HOOFD VAN UW MAN (.) in
28		beeld.
29		(0.5)
30		die is t'r ook bij denk [ik of] niet;
31	P:	[oh;]
32		(1.3)
33	A:	[ja]
34	P:	[ja] die zi- hij zit hier naast mij;

35	A:	o:h goed zo.
36		ja: ,

In regel 21 begint de arts aan zijn beurt maar die breekt hij af. In reactie daarop zegt de patiënt iets onverstaanbaars (r. 22). Daarop volgt een korte pauze en in regel 24 herhaalt de arts zijn beurt van regel 21 gedeeltelijk om deze vervolgens te voltooien en nog een toevoeging te geven (“zag ik”). Dit doet hij op een luider volume waardoor de verstaanbaarheid vergroot wordt. Vervolgens is er een lange pauze (r. 25) waarin de arts zelf-herstel zou kunnen doen of de patiënt een reactie zou kunnen geven, maar beide blijven uit. Het is deze keer de patiënt die herstel-initieert middels een open-class complete vraag (zie paragraaf 4.4). In reactie daarop herhaalt de arts weer zijn beurt van regel 24 in luider volume om deze nog verder uit te breiden door expliciet te benoemen dat het randje betrekking heeft op het hoofd van de man (r. 27) en ook weer een toevoeging te doen (“in beeld”). Na uitblijven van reactie van de patiënt geeft de arts nogmaals een uitbreiding, ditmaal inhoudelijk (r. 30). Deze beurten tonen dat de arts actief op zoek is naar een reactie van de patiënt (of van de naaste, “de man”) door te herhalen, voltooien en uit te breiden. In eerste instantie is het onduidelijk of het gaat om problemen in begrip of in verstaanbaarheid (r. 22). De vraag van de patiënt “wat zegt u” en het luidere volume waarin de arts praat tonen dat beide gespreksdeelnemers het herstel behandelen als problemen in verstaanbaarheid, die uiteindelijk worden opgelost als de patiënt in overlap reageert met een “oh” (r. 31). Het fragment suggereert dat de arts op zoek is naar een reactie, voordat hij verder wil gaan over een volgend onderwerp (Bolden et al., 2012). Nog preciezer, de arts is op zoek naar een reactie op zijn erkenning van de aanwezigheid van de derde persoon bij het gesprek.

In fragment 5 volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel in de vorm van een gedeeltelijke herhaling na overlap (r. 51) en ander-geïnitieerd zelf-herstel in de vorm van volledige herhaling (r. 54).

Fragment 5 (inclusienummer 16)

42	P:	=prima=
43	A:	=dat was het doel van de operatie (.) he↑
44		(0.8)

45	P:	ja
46		(0.9)
47		dat [(?) dat was wat]
48	A:	[hoe GAAT het met u?]
49	P:	dokter eikenboom me adviseerde;
50		(3.6)
51	A:	[HOE,]
52	P:	[GEEN] geluid nu;
53		(0.4)
54	A:	hoe GAAT het met u?
55		(1.2)
56	P:	met mij nu gaat het GOED,

In regel 45 reageert de patiënt op de beurt van de arts (“ja”) waarmee de sequentie over het doel van de operatie potentieel voltooid is. Dan volgt er een pauze waarin de arts of de patiënt de mogelijkheid heeft om de beurt te nemen om een nieuwe sequentie te openen of de vorige uit te breiden. De patiënt breidt de sequentie uit (“dat was wat”, r. 47), terwijl de arts in overlap een nieuwe sequentie opent met een vraag (“hoe gaat het met u”, r. 48). De arts heeft tijdens de overlap zijn vraag al voltooid maar de patiënt voltooit na de overlap zijn beurt. In regel 50 volgt wederom een pauze, dit keer erg lang, waarin beiden weer de mogelijkheid hebben om de beurt te nemen, de patiënt om de vraag van de arts te beantwoorden of de arts om te reageren op het advies van een collega als reden voor de operatie. De lengte van de pauze en de reactie van de patiënt na de pauze (“geen geluid”) suggereren dat er een storing was in het audiokanaal waarbij het geluid van de arts niet overkomt naar de kant van de patiënt en beiden opnieuw in overlap spreken (r. 51-52). De arts begon aan een herhaling van zijn vraag in luider volume (“HOE”, r. 51) die hij afbreekt als de patiënt in overlap expliciet rapporteert dat hij niets hoort (“geen geluid nu”, r. 52). De arts reageert na een korte pauze dan door nogmaals zijn vraag te herhalen (r. 54), maar dit keer is het geen zelf-geïnitieerd herstel, maar ander-geïnitieerd omdat het een reactie is op de indirecte claim van onverstaanbaarheid door de patiënt. Door deze herhaling van de arts wordt de uitbreiding van de patiënt in regel 49 genegeerd en zorgt de arts voor de introductie van een nieuw onderwerp, namelijk de huidige situatie van de patiënt. De patiënt beantwoordt de vraag van de arts over het nieuwe onderwerp in regel 56 (“goed”). De vertraging in het audiokanaal zorgt in dit fragment dat er tijdelijk onduidelijkheid is over

het onderwerp dat besproken wordt. De patiënt is nog met de eerste sequentie bezig terwijl de arts al doorgaat naar de volgende. Herstel wordt expliciet ingezet om duidelijkheid te scheppen en dat lukt uiteindelijk ook in regel 56.

Hier volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de arts in de vorm van gedeeltelijke herhaling (r. 209).

Fragment 6 (inclusienummer 1)

204	A:	ja
205		(0.6)
206		e:hm (0.3) had u verder nog specifie-
207		((P beweegt haar mond zonder hoorbaar geluid))
208		(0.5)
209		s- specifieke <u>v</u> ragen voor mij mevrouw (naam).
210		(0.6)
211	P:	ja ((knikt))
212		(0.6)
213		klopt hehe hehe
214		•hh e:h de: fraxipar <u>i</u> ne.

In regel 206 vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft als op het beeld zichtbaar is dat de patiënt ook haar mond beweegt. Als reactie daarop breekt de arts zijn beurt af en blijft hij even stil. Na een korte pauze herhaalt de arts het afgebroken woord en voltooit de beurt (r. 209). De patiënt reageert bevestigend ("ja", r. 211) en begint aan de volgende specifieke vraag voor de arts (r. 214). Het gebrek aan audioverbinding suggereert dat er bepaalde informatie niet over is gekomen vanuit de patiënt naar de arts. Toch blijkt in dit fragment dat dit geen reden voor vertraging in het gesprek is. De arts gaat door met zijn beurt en de patiënt reageert hierop, zonder nog terug te komen op haar uiting in regel 207. In dit fragment lijkt videoteknik de oorzaak van het herstel te zijn. Door een technische oorzaak komt het geluid van de patiënt niet over naar de arts. Toch lijkt dit geen hinder te zijn voor de gespreksdeelnemers, wordt er zelf-herstel gedaan en is het niet nodig dat de gesprekspartner herstel initieert. De deelnemers lijken te wachten op zelf-herstel en tonen op deze manier een preferentie voor zelf-herstel boven ander-herstel (Schegloff et al., 1977).

In fragment 7 volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de arts in de vorm van een gedeeltelijke herhaling na een pauze (r. 31).

Fragment 7 (inclusienummer 1)

20	A:	A:H goed zo.
21		(0.9)
22		•h e::hm: •pt >we hadden een< afspraak
23		om eh: contact te hebben met elkaar va'wege de operatie
24		van ÉÉN JUNI,
25		(1.1)
26		eh voor de [uitslag] van 'et (.) van 'et weefselonderzoek
27	P:	[ja]
28	A:	nou dat is niet kwaadaardig blijkt,
29		(0.7)
30		'et weefsel;=
31	P:	=>oh gelukkig<.
32		((knikt))

In regels 26 en 27 geeft de arts de reden voor het gesprek aan “uitslag van ‘et weefselonderzoek”. De arts vervolgt dat het niet kwaadaardig blijkt (r. 29). Na een pauze waarin de patiënt niet de mogelijkheid neemt om te reageren, specificeert de arts “dat” naar “et weefsel” (r. 31). De patiënt reageert opgelucht (“oh gelukkig”). Het specificeren is een type herstel waarbij de essentie van de zin hetzelfde is maar op een andere manier geformuleerd wordt, oftewel waarbij de spreker zijn zin specificeert door een onbepaald woord, in dit geval een onbepaald referent, te expliciteren (Wilkinson & Weatherall, 2011). Op die manier wordt oud materiaal uit een eerdere beurt nieuw materiaal door het in andere woorden te benoemen. Door te specificeren vergroot de arts de begrijpelijkheid van het materiaal. De arts doet dit omdat hij op zoek is naar respons van de patiënt. De herhaling door te specificeren blijkt de begrijpelijkheid voldoende te vergroten en nu volgt wel een reactie van de patiënt.

Uit bovenstaande fragmenten blijkt dat de oorzaak van gedeeltelijke herhaling herstel vaak overlap of een pauze is. Overlap en pauzes zijn omgevingen waarin deelnemers herstellpogingen doen, met een voorkeur voor zelf-herstel boven ander-herstel (Schegloff et al., 1977). De overlap heeft mogelijk te maken met het gebruik van videoteknik, zoals

duidelijk in fragmenten 5 en 6 te zien is. Een pauze toont mogelijk een gebrek aan reactie aan, waardoor een pauze kan leiden tot herhalen en uitbreiden van beurten, zoals in fragmenten 4 en 7 te zien is. Beide oorzaken zijn relevant bij het gebruik van videotechiek omdat er daarbij vaak niet direct gereageerd wordt op een beurt. Gespreksdeelnemers kunnen zowel expliciet (fragment 5) als impliciet, (fragment 4) herstel initiëren omdat ze de beurt niet goed begrepen en/of verstaan hebben. Begripsproblemen zijn inhoudelijk van aard, maar problemen met de verstaanbaarheid heeft met het gebruik van het medium video te maken.

4.3 zelf-geïnitieerd zelf-herstel, specifiek volledige herhaling herstel

Naast gedeeltelijke herhaling, is bij ongeveer 10% van de gevonden gevallen in de data sprake van zelf-geïnitieerd zelf-herstel (Schegloff, 1997), specifiek in de vorm van volledige herhaling (Robinson & Kevoe-Feldman, 2010; Bolden et al., 2012). Volledige herhaling herstel initiëringen zijn vergelijkbaar met gedeeltelijke herhaling herstel initiëringen qua positie aangezien ook dit hersteltype vaak positie 1a of 1b is (Schegloff et al., 1977). Hieronder zal getoond worden hoe dit hersteltype in videoconsulten voorkomt aan de hand van fragmenten 8, 9 en 10.

Als eerste volgt hier een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de arts in de vorm van volledige herhaling na overlap. Voorafgaand aan fragment 8 heeft de arts gevraagd hoe het met de patiënt ging en de patiënt had hier reeds antwoord op gegeven. Daarop vervolgde de arts met een nieuwe vraag in regel 64.

Fragment 8 (inclusienummer 20)

62		oke;
63		(0.4)
64		en heeft u [kOOrts]?
65	P:	[verder]
66		(0.9)
67		in de rust heb ik geen pijn;
68	A:	nee
69		(0.5)
70		en heeft u koorts?
71	P:	nee;

In regel 64 stelt de arts een vraag waarbij het laatste woord ‘koorts’ overlapt met de patiënt. De patiënt begint in overlap met het einde van de vraag van de arts een uitbreiding van hoe het met hem gaat (“verder”, r. 65). Daarna pauzeert de patiënt in regel 66. Deze pauze geeft de mogelijkheid voor de arts om zichzelf te herhalen, of voor de patiënt om ander-herstel te initiëren. Geen van beide gebeurt en de patiënt herstelt zichzelf door opnieuw aan een beurt te beginnen en de uitbreiding te voltooien (r. 67). De arts geeft eerst een korte reactie op de patiënt (r. 68) voordat hij in regel 70 zijn vraag herhaalt door zelf-geïnitieerd zelf-herstel te doen en zo een nieuw onderwerp te beginnen. Dit keer antwoordt de patiënt direct ontkennend (r. 71). In dit fragment zijn niet veel aanwijzingen om te oordelen of de oorzaak een begripsprobleem of verstaanbaarheidsprobleem was. Het is wel aannemelijk om te stellen dat het een verstaanbaarheidsprobleem was, veroorzaakt door een vertraging in de audioverbinding (“en heeft u”, r. 64) en de overlap van regel 65. Ongeacht of de oorzaak overlap was of niet, dit fragment toont dat de patiënt koos voor zelf-herstel (r. 67) boven alle andere opties. Opvallend is dat ook de arts voor zelf-herstel koos (r. 70). Dit fragment lijkt de preferentie voor zelf-herstel boven ander-herstel te bevestigen (Schegloff et al., 1977).

In fragment 9 volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de patiënt in de vorm van volledige herhaling na een pauze (r. 81).

Fragment 9 (inclusienummer 6)

76	A:	j a
77		(1.0)
78		hoe gaat het [verder met u;]
79	P:	[(?) niks gedaan hè,]
80		(2.7)
81		dan heb ik het ↑niet voor niks gedaan;
82		hehe
83	A:	nee: u heeft 't zeker niet voor niks gedaan.
84		(0.5)
85	P:	nee
86		(1.5)

87	A:	nee het is natuurlijk ↑wel een zware periode geweest.
88		(1.2)
89	P:	jewe:l maa:r
90		(1.4)
91		(kijk naar 't) eindresultaat hè,
92		((lacht))
93		(4.2)
94	A:	ja;
95		kan me voorstellen dat u blij bent met deze uitslag;
96		(0.5)
97	P:	ja:,
98		zeker;
99		(0.4)
100	A:	ja.
101		(0.9)
102	P:	wel spannend;
103		hehe=
104	A:	=ja: da's spannend hè,
105		dan over- word je een beetje overvallen hiermee
106		natuurlijk;
107		(1.3)
108	P:	ja (.) ja ja
109		(0.9)
110	A:	ja
111	P:	me' goed nieuws wil ik wel overvallen worden. ((lacht))
112	A:	oké.
113		hartstikke mooi;
114		•hh EVE' EEN ANDERE VRAAG,
115		HOE GAAT 'ET,
116		hoe is het met de <buikklachten>
117		en en met de wond,
118		hebt u daar nog problemen mee?
119		(1.4)
120	B:	ja ik heb nog wel heel veel pijn aan de wond,

In regel 78 en 79 is er overlap waarbij de arts en de patiënt tegelijkertijd spreken. Na deze overlap vallen beiden stil en ontstaat er een lange pauze (r. 80). In deze pauze hebben de

arts en de patiënt de tijd om zelf-herstel te initiëren en het is uiteindelijk de patiënt die dit doet in de vorm van volledige herhaling (r. 81). Anders dan in fragment 8 reageert de arts eerst uitgebreid op de patiënt (r. 85-114). De uitgebreide reactie heeft mogelijk te maken met het gevoelige onderwerp van de patiënt. Zonder deze uitgebreide reactie kan de patiënt zich mogelijk niet serieus genomen voelen, en dat probeert de arts te voorkomen door eerst uitgebreid te reageren. Met name is de lange pauze in regel 93 opvallend. Zowel de arts als de patiënt nemen lang niet de beurt en uiteindelijk is het de arts die nog een reactie geeft op de sequentie. De arts had hier ook zijn zelf-herstel al kunnen doen maar dat blijft uit. Pas in regel 115 herhaalt de arts zijn vraag van hoe het met de patiënt gaat en snijdt daarmee het volgende onderwerp aan. Dit gebeurt met een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel in de vorm van gedeeltelijke herhaling, gevolgd door een uitbreiding van de vraag (r. 116-118). De patiënt vervolgt door te antwoorden op de vragen (r. 120). Net zoals in fragment 6 lijkt er weer preferentie voor zelf-herstel te zijn (Schegloff et al., 1977). Zowel de patiënt (r. 81) als de arts herstellen zichzelf (r. 115) en ander-herstel blijft uit. Ook suggereert het fragment dat overlap in spreken (r. 78-79) de oorzaak is voor het herstel waardoor ook hier de invloed van het gebruik van videoteknik en de daarbij behorende vertragingen in de verbinding zichtbaar is.

Hieronder volgt een geval van zelf-geïnitieerd zelf-herstel door de arts in de vorm van volledige herformulering van de beurt (r. 386).

Fragment 10 (inclusienummer 14)

348	P:	dan kom ik gelijk even op het laatste punt en dat is die
349		uhm (0.7) ja ik heb hier nog effetjes mijn gewichte;
350	A:	JA graag.
351		(1.4)
352		>ik heb ook nog een paar vragen aan u hoor< want u doet
353		natuurlijk mee aan die ICAN-TRAIL (0.3) dus daar moet ik
354		ook een aantal dingen voor weten en onder andere uw
355		gewicht dus uh;
356		(1.8)
357		°laat maar weten°
358		(1.1)
359	P:	ik uh

360 (0.8)
 361 (patiënt toont papier in camera)
 362 hier staat het
 363 (0.8)
 364 A: ja dat is dan weer moeilijker te lezen ja dat is uh
 365 (1.0)
 366 P: moet ik het dan opnoemen,
 367 (0.5)
 368 de DAG voor de operatie zeuve januari zondags; (1.0)
 369 dat is 77 komma 8 kilo, (1.9)
 370 vrijdags (.) 19 januari (0.4)
 371 dag na het ontslag; (1.3)
 372 woog ik 77 komma 6 kilo dus twee ons minder
 373 (1.6)
 374 °dus uh° niks aan de hand eigenlijk,
 375 (1.5)
 376 dan zal ik even stapsgewijs opnoemen tot aan vandaag?
 377 (patiënt noemt meerdere getallen)
 378 en vanochtend 75,4
 379 (1.8)
 380 P: dus [(?) u snapt wat ik bedoel dus]
 381 A: [ja daar zit wel echt een dalende trend in uh] ja
 382 (1.0)
 383 P: het is zeg maar twee kilo uh;
 384 (0.8)
 385 [(?)]
 386 A: [JA] (.) ja dat gaat wel echt omlaag dat moeten we wel
 387 in de gaten houden dus ik denk dat het alleen maar meer
 388 reden is om de diëtist in te schakelen [uhm]
 389 P: [ja]

De patiënt geeft aan dat hij nog graag een laatste punt wil bespreken (r. 348). De arts reageert bevestigend (“ja graag”, r. 350) en de patiënt vervolgt over zijn gewichten. In eerste instantie toont de patiënt het blaadje waarop de gewichten geschreven staan in de camera, maar dit blijkt niet leesbaar via het beeld van de videoverbinding (r. 364). In reactie daarop leest de patiënt een aantal gewichten voor en hij sluit af met zijn laatste gewicht van

vanochtend. Daarna volgt een pauze (r. 379) waarin de arts de mogelijkheid krijgt om te reageren en de patiënt de mogelijkheid om uit te breiden. Dit doen ze beide en daardoor reageert de arts in overlap met de patiënt (r. 381). In reactie op de overlap breidt de patiënt zijn eerdere beurt van regel 380 uit en vergroot hiermee de begripelijkheid (r. 383). Na deze uitbreiding herstelt de arts zichzelf door in feite hetzelfde te reageren op de patiënt, maar in een geheel nieuw geformuleerde zin. In regel 381 zegt de arts “dalende trend” en in regel 386 zegt de arts “gaat echt omlaag”. Dit is een geval van herstel in de vorm van herformulering zonder expliciete herhaling van een deel of de gehele zin (Bolden et al., 2012). Het fragment suggereert dat er in eerste instantie geen gebrek aan begrip was bij de arts, aangezien hij in essentie hetzelfde zegt, maar dat een gebrek aan reactie van de arts ervoor zorgde dat de patiënt dit wel als een begripsprobleem opnam. Pas na een duidelijke reactie van de arts (r. 386) is de patiënt stil en bereid om de beurt over te dragen aan de arts.

De mogelijke omgevingen waarin herstel in de vorm van volledige herhaling voorkomt zijn overlap en pauze. Meer dan 70% van dit type herstel wordt veroorzaakt door overlap in spreken. Zoals ook gedeeltelijke herhaling lijkt volledige herhaling herstel iets te maken te hebben met het gebruik van videotechiek. Met name door overlap kunnen reacties en/of beurten niet overkomen naar de andere gesprekspartner en kan dit opgevat worden als onbegrip, zoals in fragment 10. Door op een bepaalde manier te reageren op overlap kan een nieuw onderwerp sneller al dan later worden aangebroken. Het is belangrijk dat de arts aan kan voelen of het onderwerp afgesloten kan worden en een nieuw onderwerp aangebroken kan worden (fragment 8) of dat het onderwerp belangrijk is voor de patiënt en de arts hierover verder moet gaan (fragment 9). Aan de hand van deze beoordeling zal volledige herhaling sneller of later in het gesprek gebeuren.

4.4 ander-geïnitieerd zelf-herstel, specifiek open-class herstel

Bij ongeveer 25% van de gevonden gevallen van herstel is sprake van ander-geïnitieerd zelf-herstel (Schegloff, 1997), en wel specifiek “open-class” herstel (Robinson & Kevoe-Feldman, 2010). Open-class herstel initiëringen worden vaker door de arts gedaan dan door de patiënt. De initiëringen bij dit type herstel zijn vrijwel altijd positie 2 herstel initiëringen (Schegloff, 1997), waarbij het herstel door de ander wordt geïnitieerd in de beurt volgend op de beurt met de herstelaanleiding. Open-class herstel initiëringen bestaan uit een complete

vraag of slechts een enkele vraagterm (Schegloff, 1997; Robinson & Kevoe-Feldman, 2010). Beide vormen kunnen zowel inhoudelijk als progressief zijn (Robinson & Kevoe-Feldman, 2010). Bij inhoudelijke vragen staat vast dat het probleem, sowieso deels, begrip van de woorden is. Inhoudelijke vragen worden dan ook gebruikt om te vragen naar uitbreiding of specificering van een eerdere beurt. Bij progressieve vragen zou het probleem begrip kunnen zijn, maar dat staat niet vast. Het zou ook deels anders kunnen zijn zoals bijvoorbeeld niet verstaan. Progressieve vragen zijn bedoeld om de interactie door te laten lopen en zijn vaak expliciete vragen zoals “wat zegt u”. In videoconsulten komt iets vaker inhoudelijk open-class herstel (19) voor dan progressief open-class herstel (13). Hieronder zullen drie gevallen van open-class herstel gegeven worden om te laten zien hoe dit type herstel in videoconsulten voorkomt.

Als eerste volgt in fragment 11 een geval van ander-geïnitieerd zelf-herstel door middel van een inhoudelijke open-class complete vraag, herstel is geïnitieerd door de arts en voltooid door de patiënt (r. 62), en een geval van ander-geïnitieerd zelf-herstel door middel van een progressieve open-class complete vraag, herstel is geïnitieerd door de patiënt en voltooid door de arts (r. 64).

Fragment 11 (inclusienummer 18)

50	P:	=en u:uh (0.7) het OPstarten van de maag en zo dat
51		gaat steeds BE↑ter uh de SPIJSvertering verloopt
52		best goed;
53		(0.3)
54	A:	hMM hMM=
55	P:	=alhoewel ik wel merk dat de GALblaaS: (0.6) zo nou
56		(.) die weg is >natuurlijk< dat dat ook wat invloed
57		heeft op je (.) <eetgedrag> en de REST van de
58		zaken,
59		(0.7)
60	A:	ja;
61		(.)
62		en wat MER:kt u daarvan?
63		(1.0)
64	P:	w' zegt u?
65		(0.3)

66	A:	<WAT merkt u> daarvan,
67		(0.7)
68	P:	u:uh nou dat uh (.) als ik wat VETtiger eet zegmaar
69		da'k dan ook wat sneller uh (.) uh Lichte
70		ontlasting krijg (0.6) of wat sneller ontlasting
71		krijg;
72	A:	HMmHM;

De patiënt en arts praten over het lichamelijke herstel van de patiënt, specifiek over het herstel van de maag en galblaas. In regel 62 vraagt de arts wat de patiënt merkt van de galblaas en doet zo een inhoudelijke open-class herstel initiëring in de vorm van een complete vraag. Met deze herstel-initiëring vraagt de arts indirect naar symptomen om exactere informatie te verkrijgen over het lichamelijke herstel van de patiënt. In reactie vraagt de patiënt om herhaling van de vraag middels een progressieve open-class herstel initiëring in de vorm van een volledige vraag ("w' zegt u", r. 64). Deze herstel-initiëring suggereert dat de patiënt verstaanbaarheidsproblemen heeft met de eerdere beurt van de arts. Het herstel is hier noodzakelijk voor de progressiviteit van het gesprek omdat de patiënt pas kan antwoorden als hij de vraag van de arts verstaan heeft en dus pas verder kan met de volgende sequentie in het gesprek na het herstel. De arts voltooit het herstel door zijn eerdere vraag te herhalen (r. 66). De patiënt reageert vervolgens door te antwoorden wat hij daarvan merkt.

Hieronder volgt een geval van ander-geïnitieerd zelf-herstel door middel van een inhoudelijke open-class enkele vraagterm, herstel is geïnitieerd door de arts en voltooid door de patiënt (r. 37), en een geval van ander-geïnitieerd zelf-herstel door middel van een inhoudelijke open-class complete vraag, herstel is geïnitieerd door de arts en voltooid door de patiënt (r. 46-47).

Fragment 12 (inclusienummer 20)

31	A:	u::h hoe gaat het met u mevrouw pubben;
32		(2.3)
33	P:	nou: (0.2)
34		[ik]
35		[(piepgeluid van computer)]

36		(0.5)
37	A:	nee:?=
38	P:	=ik ben eindelijk een bee:tje van de pijnstillers af,
39		(0.3)
40	A:	hmhm,
41	P:	ik heb alleen (.) de laatste twee dagen nogal wel (.)
42		nog wel last van diarree;
43		(0.5)
44	A:	oke,
45		(1.6)
46		•hh EN u:::hm uh wat betekent dat da-
47		u::h u:h vAAK en dunne ontlasting?
48		(0.7)
49	P:	ja wel dun en ook wel uh regelmatig;
50		(0.2)

In regel 31 vraagt de arts hoe het met de patiënt gaat. In reactie daarop begint de patiënt haar antwoord met “nou” (r. 33), wat een “slecht nieuws” antwoord projecteert. Door het piepgeluid onderbreekt de patiënt haar beurt, wat een aanwijzing voor een technische oorzaak is. Als de patiënt haar beurt niet meteen vervolgt in regel 36, produceert de arts de vraagterm “nee:?” (Raymond, 2003) om inhoudelijke uitbreiding over hoe het met de patiënt gaat te vragen. Met de negatieve vraagterm “nee:?” sluit de arts aan bij de negatieve implicatie van “nou”. Daarna herstart de patiënt haar antwoord (r. 38). Enkele beurten later vraagt de arts door over de ontlasting van de patiënt middels een inhoudelijke open-class complete vraag (r. 46). Deze herstel initiëring breekt de arts af en in regel 47 geeft de arts al mogelijke antwoorden “vaak en dunne ontlasting”. Na een korte stilte, komt de patiënt met een bevestigend antwoord (r. 49). Zowel het herstel in regel 37 als in regel 46-47 zijn bedoeld om meer informatie te krijgen over de gezondheid van de patiënt en zo een betere inschatting te kunnen maken over de huidige gezondheidssituatie van de patiënt. Als het herstel in de vorm van een vraagterm niet voldoende blijkt, dan gebruikt de arts de complete vraag. Zoals te zien is in dit fragment leidt de complete vraag tot explicietere informatie in vergelijking met de vraagterm.

Als laatste fragment in deze paragraaf volgt hier een geval van arts-geïnitieerd zelfherstel door de patiënt door middel van een open-class vraagterm (r. 242).

Fragment 13 (inclusienummer 17)

234	A:	NEE;
235		in principe zal ik wel een vervolgafspraak maken bij
236		dokter <KWA>, (1.2)
237		he↑ dus dat hij nog een keer de: controle zal uh zal
238		doen; (.7)
239		•pt en ik zal je [nu]
240	P:	[WONDe']
241		(0.5)
242	A:	sorry?
243		(0.7)
244	P:	met betrekking tot de WONDe' ook en dat soort dingen of
245		waar <kijkt> (.) dokter kwa dan naar?
246		(0.4)
247	A:	•hh nee dokter KWA die zal met name naar de lever
248		kijken;
249		(.) he↑
250		(0.6)
251	P:	oke=

De arts kondigt in regel 235 een vervolgafspraak aan met een uitleg over wat daarin zal gebeuren. Daarna spreekt de arts over wat hij nu tijdens dit gesprek zal doen (r. 239) als de patiënt in overlap reageert op wat er tijdens de vervolgafspraak zal gebeuren. Als gevolg van de overlap onderbreekt A zijn beurt. Na een korte pauze (r. 241) initieert de arts dan anderherstel met de open-class vraagterm “sorry?” in regel 242. In antwoord hierop herformuleert de patiënt de eerdere reactie, wat tot een vraag leidt over wat er in het vervolgconsult gecontroleerd zal worden. Deze herstelde vraag wordt vervolgens door de arts beantwoordt (r. 247-248). Bij “sorry” is het niet duidelijk of de arts de beurt van de patiënt inhoudelijk niet heeft begrepen, of dat er een verstaanbaarheidsprobleem is. Aangezien de beurt met de herstelaanleiding uit slechts één woord bestond, is het aannemelijk dat het hier om inhoudelijk begrip gaat en is de vraagterm bedoeld om uitbreiding van de eerdere beurt te verkrijgen.

De progressieve open-class herstel initiëringen lijken met name geschikt als er een probleem in verstaanbaarheid is. Na zo’n herstel initiëring wordt de beurt meestal herhaald

en gaat het gesprek verder. De verstaanbaarheidsproblemen hebben mogelijk te maken met het gebruik van videotechniek waarbij de herstel initiëringen veroorzaakt worden door overlap in spreken. Doordat de gesprekspartners zich niet in dezelfde ruimte bevinden, kan overlap ervoor zorgen dat zinnen geheel of gedeeltelijk niet goed gehoord en/of verstaan worden, zoals in fragmenten 11 en 13 het geval is. Inhoudelijke open-class herstel initiëringen daarentegen lijken niet samen te hangen met het gebruik van videotechniek. In de data waren er met name inhoudelijke doorvragen vanuit de arts opdat de patiënt inhoudelijk zijn verhaal kon uitbreiden. Deze vorm van herstel laat zien dat er problemen in het begrip zijn waarbij de algemene strekking wel is begrepen maar er nog een vraag naar uitbreiding of specificatie van die algemene strekking is. Met deze uitbreiding kan de arts een betere inschatting maken van de gezondheidssituatie en het lichamelijke herstel van de patiënt.

4.5 Paragraaf 5: inbreng van de naaste

De besproken hersteltypen in paragrafen 1, 2, 3 en 4 komen het meeste voor in delen van het gesprek waarbij twee personen deelnemen. In de data zijn ook zeven videoconsulten met drie gespreksdeelnemers en een videoconsult waar vier personen aan deelnemen. De derde en vierde gespreksdeelnemers zijn vaak de partner (PP), zoon (Z) of dochter (D) van de patiënt en worden in deze paragraaf om deze reden naaste(n) genoemd. Van de acht videoconsulten komt in een gesprek de naaste geen enkele keer aan het woord en in één gesprek is de naaste de hoofdgesprekspartner van de arts. De andere zes consulten zijn hoofdzakelijk tussen arts en patiënt. In de gesprekken met meer dan twee deelnemers is een ander soort herstel te zien. Het betreft herstel als inbreuk op de beurtverdeling vanuit de derde persoon (Bolden, 2018). Dit gebeurt op verschillende manieren en die zullen hieronder beschreven worden. Dit type herstel is lastig in te delen in een van de posities van Schegloff et al. (1977), aangezien de naaste vaak over een nieuw onderwerp begint waarbij het niet zuiver herstel is. Soms is dit type herstel positie 2 herstel initiëring omdat de naaste iets inbrengt in de beurt volgend op de beurt met de herstelaanleiding.

Als eerste volgt hier een voorbeeld van naaste-geïnitieerd zelf-herstel door de patiënt door inbreng van de naaste met herhaling (r. 76).

Fragment 14 (inclusienummer 17)

69	A:	=mmja=
70	P:	maar ik heb nog steeds de medicijnen nodig om uh (.) uh
71		de pijn onder controle te houden °zegmaar°.
72		(.6)
73	A:	JA (.) en welke medicijnen gebruik je dan NOG,
74		(1.0)
75	P:	°uhm° diclofeNAC (.) °is [het]°
76	PP:	[en de] paracetamol.=
77	P:	=>en een paracetamol< maar ook- 'k vooral snachts de `
78		en overdag probeer ik uhm dan uhm (.) niet te nemen;
79		(.)
80	A:	oke=
81	P:	= dus 's nachts heb ik nog wel paracetamol uh↑ nodig;
82		(0.4)
83	A:	ja (.) ja (.) oke;
84		•hh ik zou opzich liever hebben dat je vooral de
85		paracetaMOL↑ gebruikt,
86		(.)
87		en eerder met de diclofeNAC wat afbouwt;
88		(1.2)
89	P:	oke;

In regel 73 stelt de arts de vraag welke medicijnen de patiënt nog gebruikt. De patiënt reageert met “diclofenac” (r. 75). De naaste valt de patiënt dan gedeeltelijk in overlap bij en zegt “en de paracetamol” (r. 76). In regel 77 herhaalt de patiënt dit waarop het gesprek weer tussen de arts en patiënt verder verloopt. De inbreuk van de naaste in regel 76 is buiten de normale beurtverdeling om (Bolden, 2018). De naaste heeft kennis over het onderwerp en voegt deze kennis toe aan het gesprek (Bolden, 2018). De beurt van de patiënt wordt op deze manier aangevuld. Wel wordt de aangevulde informatie herhaald door een van de primaire gesprekspartners en wordt zo de informatie officieel in het gesprek gevoegd.

Hier volgt nu een geval van naaste-geïnitieerd ander-herstel door de arts door inbreng van de naaste (r. 274).

Fragment 15 (inclusienummer 27)

269	P:	[oke] EN MAKEN JULLIE DAAR automatisch een afspraak mee
270		[dat ik (?)]
271	A:	[ja die krijgt u] JA;
272		(0.7)
273	P:	oke helemaal goed;
274	PP:	ma- MAG ik u iets vrAgen want uh u zegt nou uh er bij
275		bij VIJF lymfeklieren die waren dus ook aangetast he=
276	A:	=ja
277	PP:	daar zaten ook uh uh KANKERcellen [in]
278	A:	[ja]
279	PP:	(?) DUS dat betekent in twEEëntwintig uh niet,
280	A:	nee dat klopt;
281		(0.5)

De patiënt en arts praten over de vervolgspraak. Na een afronding van het onderwerp door de patiënt (r. 273) vraagt de naaste of hij tussen beiden mag komen (r. 274). Zonder pauze of wachten op goedkeuring van de arts en/of patiënt gaat de naaste door met zijn beurt. De naaste vraagt om bevestiging van informatie die de arts eerder heeft genoemd ("u zegt nou", r. 274). De arts reageert vervolgens bevestigend "dat klopt". In dit fragment neemt de naaste het gesprek tijdelijk over waardoor de naaste en de arts tijdelijk de hoofdgespreksdeelnemers zijn en de patiënt zelf tijdelijk secundair. Deze inbreng van de naaste is dan ook niet echt een inbreuk op de beurtverdeling te noemen omdat hij toestemming vraagt. Door de toestemming verschuift de beurtverdeling tijdelijk van patiënt naar naaste en dit lijkt voor alle gespreksdeelnemers duidelijk.

In fragment 16 volgt een geval van naaste-geïnitieerd ander-herstel door de patiënt door inbreng van de naaste en herhaling (r. 353) en patiënt-geïnitieerd zelf-herstel door de naaste (r. 364).

Fragment 16 (inclusienummer 31)

341	P:	KAN IK OOK GEWOON DOUCHEN,
342		(0.4)
343	A:	ja u mag zeker gewoon douchen,
344		(0.4)

345	uhm
346	(0.3)
347	advies is om niet te lang bijvoorbeeld in bad te gaan
348	zitten want dat maakt de wond wat zwakker;
349	(0.3)
350	maar douchen is geen enkel probleem.
351	(1.5)
352	Z: nee okee maar een bad heb je niet dus=
353	P: =EEN BAD HEB IK NIET DUS dat kan niet((lacht))
354	A: oke nou da das dan [wel weer makkelijk]
355	Z: [(?)]
356	P: [(?)]
357	(1.1)
358	JA ja ja
359	(0.3)
360	Z: [(?)]
361	P: [mag] douchen;
362	(0.7)
363	wat zei jij nou?
364	Z: NOU ik wilde nog even want zes (.) het kan wel zes weken
365	duren dat je nog steeds last hebt van de operatie (?)
366	(0.3)

In regel 341 stelt de patiënt de vraag of hij kan douchen. De arts reageert daarop dat dat geen probleem is (r. 350). In regel 351 volgt een lange pauze die de mogelijkheid geeft aan alle gespreksdeelnemers om de beurt te nemen. Een naaste neemt uiteindelijk de beurt (r. 352). De patiënt zelf reageert hier meteen op door de inbreng te herhalen (r. 353). Na een reactie van de arts nemen zowel de naaste als de patiënt tot twee maal toe tegelijk het woord waardoor er overlap ontstaat (r. 355-356, 360-361). Na deze overlap vraagt de patiënt aan de naaste wat deze wilde inbrengen (r. 363) en initieert de patiënt herstel door de beurt te geven aan de naaste. De naaste reageert hierop meteen en herstelt zichzelf (r. 364).

Het blijkt dat de naaste als secundair aan het gesprek deelneemt en daardoor de normale beurtverdeling bedoeld is voor de arts en de patiënt (Raymond & Heritage, 2006).

De inbreng van een naaste blijkt waardevol en wordt vaak herhaald door een van de primaire gesprekspartners om de informatie toch officieel in te brengen in het gesprek. De naaste heeft kennis over de patiënt die de arts vaak niet bezit en die soms relevant is voor het gesprek (Bolden, 2018). Dit is mogelijk de reden dat de naaste inbreekt in het gesprek dat primair tussen de arts en patiënt plaatsvindt. Toch wordt ook af en toe de inbreuk niet getolereerd of moet er expliciet toestemming gevraagd worden voor de inbreuk, zoals in fragment 16 te zien is.

Waarschijnlijk heeft deze vorm van herstel met het gebruik van videotechniek te maken. Met name de herhaling door een van de primaire gesprekspartners lijkt hierop te duiden. In een face-to-face gesprek zal er niet zo'n duidelijke verdeling zijn en wordt de naaste samen met de patiënt gezien als een partij, niet als twee aparte personen (Raymond & Heritage, 2006). Als de patiënt en naaste beide als gesprekspartners worden gezien, zal de inbreng van de naaste ook lang niet altijd herhaald worden door een van de primaire gesprekspartners. Deze vorm van zelf-herstel staat op zichzelf en is pas recentelijk in de aandacht (Bolden, 2018).

5. Conclusie

In deze paragraaf zal invloed van het medium op herstel in de interactie tussen artsen en patiënten in medische videoconsulten besproken worden. Uit de analyse is gebleken dat er grofweg vijf soorten herstel voorkomen in videoconsulten, te weten zelf-geïnitieerd zelf-herstel, zelf-geïnitieerd zelf-herstel door middel van gedeeltelijke herhaling, zelf-geïnitieerd zelf-herstel door middel van volledige herhaling, ander-geïnitieerd zelf-herstel, specifiek open-class herstel en ander-herstel in de vorm van inbreng van de naaste. Het medium heeft geen invloed op het zelf-geïnitieerd zelf-herstel algemeen. Wel is het medium de aanleiding voor gedeeltelijke herhaling, volledige herhaling en open-class herstel. Bij inbreng van de naaste herstel lijkt de invloed van het medium zich niet te richten op het type herstel, maar op de verhoudingen tussen de verschillende gespreksdeelnemers.

De invloed van het medium bij gedeeltelijke herhaling, volledige herhaling en open-class herstel lijkt samen te hangen met de audioverbinding, niet het beeld. Door vertragingen in de audioverbinding ontstaat er soms een probleem waardoor een pauze ontstaat. Het is niet zeker wie er aan de beurt is en of het onderwerp al is afgesloten of juist nog niet, oftewel het is niet zeker wie er geacht wordt in de pauze de beurt te nemen en

over welk onderwerp geacht wordt verder te gaan. Bij deze problemen kan het een begripsprobleem of een verstaanbaarheidsprobleem zijn. Verstaanbaarheidsproblemen worden vaak opgelost door met een luider volume te praten of door middel van herhaling opnieuw de beurt te voltooien. Mogelijke begripsproblemen worden vaak opgelost door op zoek te gaan naar een reactie van de andere gespreksdeelnemer waarbij een reactie wordt gezien als teken van begrip. Bij het uitblijven van een reactie van de gesprekspartner gaat de andere gespreksdeelnemer actief op zoek naar een reactie. Dit wordt gedaan door te herhalen, uit te breiden of te specificeren en zo meer materiaal te geven om de begripelijkheid te vergroten.

Bovenstaande manieren van omgaan met gespreksproblemen komen vaak vanuit de gespreksdeelnemer zelf. Gespreksdeelnemers doen zelf-herstel en richten zich zo op het voorkomen van mogelijke begripsproblemen. Hierbij is in enkele gevallen de invloed van het medium zichtbaar, maar bij type 1 herstel (zie paragraaf 1.1) is geen sprake van invloed van het medium. Bij ander-herstel is bij het type open-class herstel duidelijk de invloed van het medium zichtbaar bij de progressieve herstel initiëringen waarbij verstaanbaarheid vaak het probleem is. Hierbij is het medium vaak de oorzaak van het probleem, wat blijkt uit pauzes en overlap. Met andere woorden, vertraging in het audiokanaal die samenhangt met het medium beïnvloedt het gesprek. Bij de inhoudelijke herstel initiëringen en de inbreng van de naaste lijkt het medium ook invloed te hebben. Deze laatste hersteltypen lijken ingezet te worden om inhoudelijk meer of betere informatie te verkrijgen. Bij de inbreng van de naaste betreft het vaak de erkenning van de aanwezigheid van een derde gespreksdeelnemer. Mogelijk wordt de naaste in eerste instantie niet als gespreksdeelnemer gezien omdat deze vaak niet zichtbaar is voor de arts via het scherm. In face-to-face gesprekken is dit mogelijk anders omdat de arts hierbij wel alle aanwezigen tegelijk kan zien.

6. Discussie

In deze paragraaf zullen eerst de resultaten bediscussieerd worden, gevolgd door enkele beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

De invloed van het gebruik van video als hulpmiddel bij mondelinge interactie is duidelijk zichtbaar (Duranti, 2010). Aangezien het in medische videoconsulten ook mondelinge interactie betreft zijn er per definitie begripsproblemen (Robinson & Kevoe-Feldman, 2010; Mazeland, 2012). Maar door de verandering van een nieuw audiokanaal zijn

er ook verstaanbaarheidsproblemen in het gesprek. Het mechanisme van herstel blijkt ook voor het oplossen van deze problemen ingezet te worden.

De bevinding van preferentie voor zelf-herstel boven ander-geïnitieerd herstel komt overeen met eerder onderzoek (Schegloff, 1977). Het voorkomen van zelf-herstel in de vorm van herhaling om inhoudelijk de informatie te verduidelijken bevestigt de resultaten van Johansson en anderen (2014). De gevallen van zelf-herstel bedoeld om de progressiviteit van het gesprek te bevorderen zijn daarbij aanvullend en lijken veroorzaakt te worden door het gebruik van video. Ook ander-herstel, met name open-class herstel, lijkt veroorzaakt te worden door verstaanbaarheidsproblemen die samenhangen met het gebruik van videoteknik.

Ook de bevinding van de link met de progressiviteit van het gesprek is erg opvallend (Oittinen, 2018). Alle hersteltypen hebben in een andere mate invloed op de progressiviteit van het gesprek. De grootste invloed op de progressiviteit heeft de open-class herstel. Daarbij zijn meerdere beurten nodig voordat het herstel is voltooid en voor het gesprek weer verder kan. Daarna heeft volledige herhaling herstel vrij veel invloed op de progressiviteit, gedeeltelijke herhaling herstel heeft dit in mindere mate. Standaard zelf-geïnitieerd zelf-herstel heeft een zeer geringe invloed op de progressiviteit omdat dit hersteltype meer ingezet wordt om begripsproblemen te voorkomen dan begripsproblemen op te lossen. Mogelijk hangt de preferentie voor zelf-herstel boven ander-herstel samen met de voorkeur voor progressiviteit ten koste van wederzijds begrip (Oittinen, 2018). Zelf-herstel heeft de minste inbreuk op de progressiviteit van het gesprek en ander-herstel de meeste inbreuk. Aangezien er een voorkeur voor zelf-herstel te zien is in de data, lijkt dit de voorkeur voor progressiviteit te bevestigen. Toch klopt dit niet voor alle gespreksonderwerpen en lijkt bij medische videoconsulten de voorkeur voor progressiviteit of wederzijds begrip te verschillen per onderwerp. Sommige onderwerpen worden vrij snel afgekapd waardoor de progressiviteit voorop lijkt te staan, zoals bij fragment 8. Andere onderwerpen krijgen een uitgebreide reactie waarbij het begrip voorop lijkt te staan, zoals in fragment 9 te zien is. Dit heeft mogelijk te maken met de medische aard van de videoconsulten waarbij de gezondheid van de patiënt op het spel staat en de arts niet zomaar alle onderwerpen snel kan afwerken. Dit zou in andere soort gesprekken, bijvoorbeeld werkoverleggen, heel anders vormgegeven kunnen zijn.

Als laatste bevinding is het belangrijk om te kijken naar de persoon die het herstel doet. Uit de analyse blijkt dat zelf-geïnitieerd zelfherstel zowel door de arts als de patiënt wordt gedaan. Gedeeltelijke herhaling, volledige herhaling en open-class herstel wordt iets vaker vanuit de arts gedaan dan vanuit de patiënt. Toch is dit verschil minimaal en gaat het met name om de arts die vraagt om inhoudelijke uitbreiding. Deze inhoudelijke herstel initiëringen hebben mogelijk met de medische aard van het gesprek te maken en met het feit dat de arts ook in een face-to-face consult het meest om inhoudelijke uitbreiding vraagt om zo een beeld te krijgen van de gezondheid van de patiënt. De herstel initiëringen die met de progressiviteit van het gesprek te maken hebben worden zowel vanuit de patiënt als de arts gedaan waaruit blijkt dat de patiënt ook om herstel durft te vragen in een videoconsult. In andere woorden, het medium belemmert de patiënt niet om vragen te stellen en er lijkt dan ook geen belemmering te zijn bij het tot stand brengen van wederzijds begrip.

Na de analyse is er geen reden gevonden om aan te nemen dat video een negatieve invloed heeft op het gesprek, en dus ook geen negatieve invloed op de medische uitkomsten van het gesprek (De Haes & Bensing, 2009). In de praktijk betekent dit dat er geen reden is voor artsen om aan te nemen dat een videoconsult voor een patiënt slecht zou werken en dat deze toepassing van e-health negatieve gevolgen zou hebben (Andersson & Cuijpers, 2009; Ketelaars et al., 2010; Johansson et al., 2014). Wel is het verstandig om de persoonlijke situatie van de patiënt te bekijken en daarop in te spelen met de keuze voor een videoconsult of face-to-face consult.

6.1 Beperkingen

Een mogelijke beperking van deze scriptie is dat alle videoconsulten die gebruikt zijn voor deze scriptie vanuit het perspectief van de arts zijn opgenomen. Er zijn meerdere camera's geplaatst, maar allemaal in de ruimte waar de arts zich bevond. De aanwezigheid van lags in audioverbinding zijn nu alleen vanuit het perspectief van de arts geanalyseerd. Het kan zijn dat dit bij het perspectief van de patiënt anders is en de analyse en interpretatie van de videoconsulten daardoor ook kan verschillen.

Een andere beperking van deze scriptie is dat het alleen medische videoconsulten betreft in een postoperatieve fase van de behandeling van de patiënt. Mogelijk zijn medische videoconsulten in bijvoorbeeld de intake fase of de nazorg fase heel anders

vormgegeven en is de invloed van het medium video op een andere manier aanwezig dan in deze scriptie aangetoond.

Een andere beperking van deze scriptie is dat er slechts drie artsen hebben meegedaan aan dit onderzoek. Iedereen heeft zijn eigen manier van praten en zo hebben ook deze drie artsen een eigen manier van praten met hun patiënten. De ene arts kan vaker een pauze laten vallen dan de andere of kan vaker de patiënt afkappen dan de ander. In deze scriptie is geen controle meting gedaan om te checken of alle drie de artsen een zelfde manier van praten hebben. Een mogelijke invloed van praten is dus niet geheel uitgesloten bij dit onderzoek.

Een laatste beperking van dit onderzoek is dat de videoconsulten alleen geanalyseerd zijn op het mechanisme herstel. Mondelinge interactie bestaat uit vele mechanismen en deze zijn allemaal niet meegenomen in de analyse. Ook andere mechanismen zoals beurtwisseling of beurtontwerp worden mogelijk beïnvloed door het gebruik van video.

6.2 Aanbevelingen

Voor deze scriptie zijn videoconsulten in de medische setting gebruikt bij volwassenen. Zoals ook bij Oittinen (2018) is gebleken in werkoverleggen, kunnen de bevindingen van deze scriptie bij andere institutionele contexten verschillen. Nog steeds zijn er veel instituties waarbij het gebruik van het medium video in communicatie nog niet of weinig is onderzocht. Ook zijn er nog andere doelgroepen waarbij video als medium een andere werking kan hebben. De jongeren van nu zijn opgegroeid met de technologie en zullen daardoor minder obstakels ervaren. Het is interessant om te onderzoeken welke potentie videogemedieerde communicatie in een andere context, bijvoorbeeld onderwijs, of met een andere doelgroep, bijvoorbeeld jongeren, kan hebben.

Naast een mogelijk verschil in communicatie bij videoconsulten, kan er ook een verschil zijn in specifieke delen van de communicatie. Zo kan de opening anders worden door een mogelijke test van de techniek. Het deel waarin lichamelijk onderzoek verricht dient te worden, wordt ook beïnvloed door video. Daarnaast kan het afsluiten ook anders gaan omdat er niet fysiek uit de ruimte gelopen wordt maar een programma wordt gesloten via een scherm.

Een laatste mogelijk vervolgonderzoek kan doorgaan op de bevinding van de inbreng van naaste. Het is duidelijk te zien dat een videoconsult met twee gespreksdeelnemers

anders gaat dan een videoconsult met drie gespreksdeelnemers. Uit de analyse van deze scriptie blijkt deze extra persoon de verhoudingen tussen de gespreksdeelnemers te beïnvloeden. Mogelijk heeft de aanwezigheid van een extra persoon nog een andere invloed.

Literatuurlijst

- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196–205. doi:10.1080/16506070903318960
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. doi: 10.1002/wps.20151
- 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
- Beach, W. A. (2008). Conversation analysis. *The international encyclopedia of communication*, 3, 989-995. doi: 10.1002/9781405186407.wbiecc139
- Bolden, G. B. (2018). Speaking 'out of turn': Epistemics in action in other-initiated repair. *Discourse Studies*, 20(1), 142-162. doi: 10.1177/1461445617734346
- Bolden, G. B., Mandelbaum, J., & Wilkinson, S. (2012). Pursuing a response by repairing an indexical reference. *Research on Language & Social Interaction*, 45(2), 137-155.
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: when breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Educ Couns*, 89(2), 267-273. doi: 10.1016/j.pec.2012.08.008
- De Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient education and counseling*, 74(3), 287-294. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.006
- Drew, P., Chatwin, J., & Collins, S. (2001). Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, 4(1), 58-70.
- Duranti, A. (2010). Husserl, intersubjectivity and anthropology. *Anthropological Theory*, 10(1-2), 16-35. doi: 10.1177/1463499610370517
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444-454. doi: 10.1089/tmj.2013.0075

- Jefferson, G. (2004). Glossary of Transcript Symbols with an Introduction. In G.H. Lerner (Ed.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*, 13–31. Amsterdam: John Benjamins.
- Johansson, A. M., Lindberg, I., & Söderberg, S., (2014). Patients' experiences with specialist care via video consultation in primary healthcare in rural areas. *International journal of telemedicine and applications*, (2014), 1-9. doi: 10.1155/2014/143824
- Keller, K. L. (2009). Building strong brands in a modern marketing communications environment. *Journal of marketing communications*, 15(2-3), 139-155. doi: 10.1080/13527260902757530
- Ketelaar, P., Vreugdenhil, H. A. E., & Schers, H. J. (2010). Health Bridge: de specialist virtueel in de spreekkamer en de huisarts virtueel in het ziekenhuis. *Bijblijven*, 26(8), 47-54. doi: 10.1007/BF03090117
- Kirk, D., Sellen, A., & Cao, X. (2010). Home Video Communication: Mediating 'Closeness'. *CSCW 2010*, 135-144. doi:10.1145/1718918.1718945.
- Koole, T. (2014). Interactie als gereedschap (Oratie RUG). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Lerner, G. H., & Kitzinger, C. (2015). Or-prefacing in the organization of self-initiated repair. *Research on Language and Social Interaction*, 48(1), 58-78. doi: 10.1080/08351813.2015.993844
- Lipari, L. (2014). On interlistening and the idea of dialogue. *Theory & Psychology*, 24(4), 504-523. doi: 10.1177/0959354314540765
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor–patient interaction and medical communication. *Medical education*, 39(4), 428-435. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x
- Mazeland, H. (2012). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Mulfari, D., Celesti, A., & Villari, M. (2015). A computer system architecture providing a user-friendly man machine interface for accessing assistive technology in cloud computing. *Journal of Systems and Software*, 100, 129-138. doi: 10.1016/j.jss.2014.10.035
- Müller, E. (2008). De belofte van interactiviteit. Over de realiteit van een ideaal van mediale communicatie. *Tijdschrift voor mediageschiedenis*, 11(2), 14-29.

- Oittinen, T. (2018). Multimodal accomplishment of alignment and affiliation in the local space of distant meetings. *Culture and Organization*, 24(1), 31-53. doi: 10.1080/14759551.2017.1386189
- Raymond, G. (2003). Grammar and social organization: Yes/no interrogatives and the structure of responding. *American sociological review*, 939-967. doi: 10.2307/1519752
- Raymond, G., & Heritage, J. (2006). The epistemics of social relationships Owning grandchildren. *Language in Society*, 35, 677–705. doi: 10.1017/S0047404506060325
- Rennecker, J., & Godwin, L. (2005). Delays and interruptions: A self-perpetuating paradox of communication technology use. *Information and Organization*, 15(3), 247-266.
- Rintel, S. (2013). Tech-tied or tongue-tied? Technological versus social trouble in relational video calling. *Proceedings of the Forty-Sixth Hawaii International Conference on System Sciences*, 3343-3352. doi: 10.1109/HICSS.2013.512
- Robinson, J. D., & Kevoe-Feldman, H. (2010). Using full repeats to initiate repair on others' questions. *Research on Language and Social Interaction*, 43(3), 232-259. doi: 10.1080/08351813.2010.497990
- Saleh, S., Larsen, J. P., Bergsåker-Aspøy, J., & Grundt, H. (2014). Re-admissions to hospital and patient satisfaction among patients with chronic obstructive pulmonary disease after telemedicine video consultation-a retrospective pilot study. *Multidisciplinary respiratory medicine*, 9(1), 6. doi:10.1186/2049-6958-9-6
- Schegloff, E. A. (1997). Practices and actions: Boundary cases of other-initiated repair. *Discourse processes*, 23(3), 499-545. doi: 10.1080/01638539709545001
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361-382.
- Schultz, F., Utz, S., & Goritz, A. (2011). Is the medium the message? Perceptions of and reactions to crisis communication via twitter, blogs and traditional media. *Public Relations Review*, 37(1), 20-27.
- Sep, M. S., Van Osch, M., Van Vliet, L. M., Smets, E. M., & Bensing, J. M. (2014). The power of clinicians' affective communication: how reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient education and counseling*, 95(1), 45-52. doi: 10.1016/j.pec.2013.12.022

- Sidnell, J., & Stivers, T. (2013). *The handbook of conversation analysis*. John Wiley & Sons.
- Smith, B. (2009). The relationship between scrolling, negotiation, and self-initiated self-repair in an SCMC environment. *CALICO journal*, 26(2), 231-245.
- Stivers, T., & Sidnell, J. (2005). Introduction: multimodal interaction. *Semiotica*, 2005(156), 1-20. doi: 10.1515/semi.2005.2005.156.1
- Wilkinson, S., & Weatherall, A. (2011). Insertion repair. *Research on Language and Social Interaction*, 44(1), 65-91.

Bijlage 1: analyseschema

De transcripten van de videoconsulten worden geanalyseerd op 3 punten:

1. De persoon die de herstelaanleiding geeft, het herstel initieert en/of voltooit
2. De positie van de herstel initiëringen

Posities van herstel initiëringen (Schegloff et al., 1977)

Positie	Betekenis
1a	zelf initiëring in dezelfde beurt als waarin de herstelaanleiding is
1b	zelf initiëring in de transitieruimte tussen de beurt met de herstelaanleiding en de volgende beurt
2	ander initiëring van herstel in de beurt volgend op de herstelaanleiding
3	derde positie herstel waarbij de spreker van de herstelaanleiding in een derde beurt alsnog zelf herstel initieert
4	vierde positie herstel waarbij de gesprekspartner zich op een later moment in het gesprek realiseert dat hij toch geen goede interpretatie van de uiting heeft en dan alsnog herstel initieert

3. Type herstel
4. Oorzaken van het herstel
5. Doel dat herstel bewerkstelligt

Bijlage 2: belangrijkste transcriptieconventies

De transcriptieconventies van Jefferson (2004) die het meest gebruik zijn bij de data van deze scriptie zijn hieronder gegeven. Dit is niet de complete lijst van transcriptieconventies maar slechts een deel.

<u>Overlap en pauzes</u>	
[]	duidt het begin en eind aan van overlap van de spreekbeurten (wat overlapt staat tussen de haken, direct onder elkaar)
=	naadloze aansluiting tussen spreekbeurten; er is net geen sprake van overlap, maar er is een natuurlijk verloop zonder pauze
(.)	pauze kleiner dan 0,2 seconde
(1,5)	pauze van anderhalve seconde
<u>Prosodie</u> (het ritme, de klemtoon en de intonatie van de stem tijdens het spreken)	
.	punt geeft een sterk dalende intonatie aan, aan het eind van een uiting
;	puntkomma geeft een 'middeldalende' intonatie aan, aan het eind van een uiting
,	komma geeft een 'middelstijgende' intonatie aan, aan het eind van een uiting
?	Vraagteken geeft een sterk stijgende intonatie aan, aan het eind van een uiting
<u>Geluidsproductie</u>	
Ui:tre::kken	dubbele punt geeft aan dat de (mede)klinker langer dan 'normaal' wordt aangehouden
ECHT heel goed	kapitalen geven aan dat woorden of delen daarvan relatief luid worden uitgesproken
°zacht°	hooggestelde rondjes geven aan dat de tekst ertussen relatief zacht wordt uitgesproken
<u>nadruk</u>	onderstreepte tekst wordt met nadruk uitgesproken
•h •hh •hhh	hooggestelde punt gevolgd door 'h' geeft inademen aan, hoe meer h's hoe langer de duur van de adem is
<u>Spreektempo</u>	
>sneller<	tekst met deze haken erom wordt relatief sneller uitgesproken
<langzamer>	tekst met deze haken erom wordt relatief langzaam uitgesproken
<u>Transcriptieproblemen</u>	
(?)	de spreker zegt iets dat de transcribent niet kan verstaan
((snuift))	beschrijving van non-verbale handeling of andere voor de transcribent 'opvallende' verschijnselen ((hoest, kucht, loopt naar de deur, etc))

Bijlage 3: transcripten

Er zijn 18 transcripten gebruikt om de analyse van de videoconsulten te ondersteunen. Onderstaand is het gehele transcript van het videoconsult met inclusienummer 27. De andere transcripten zijn vergelijkbaar met dit transcript.

A: arts (meneer Diepenbeek)

P: patiënt

PP: partner van patiënt

Transcript inclusienummer 27

1	A:	JA.
2		(0.8)
3	P:	goeiemiddag;
4	A:	het lijkt gelukt ja goedemiddag;=
5	P:	=°ja°
6		(0.4)
7	PP:	goedemiddag.
8		(1.1)
9	A:	uhh=
10	PP:	=luisteren
11		(0.4)
12		twee wel (?) met vier oren horen we mEEr [dan met twee]
13	A:	[ja helemaal goed] nou
14		mevrouw u ken ik natuurlijk;
15		(0.4)
16		u ken ik volgens mij nog niet,
17		(0.7)
18		ik ben dokter DIEPenbeek uhh;
19		(0.8)
20	PP:	ik heb u wel een keer over de gAng [zien lopen]
21	A:	[OO dat] zou goed kunnen ja,
22		(1.4)
23		uhm ja we krEgen al een mooie fOto langs dat het goed ging met u
24		in ieder geval dat u lekker in het zonnetje zat;
25		(0.7)
26	P:	ja da' was het communiefeest van mijn uh oudste kleINdochter,
27	A:	o kijk 's aan,=
28	P:	=en
29		(0.6)
30		DOlgelukkig dat ik d'rbij was;
31	A:	ja
32	P:	ik heb er Echt van genoten;
33		(0.3)
34	A:	FIJN.
35		(0.8)
36		uhm en gaat het nog stEEds zo goed,
37		(1.5)
38	P:	nou 't gAAT GOED (.) 't is AlleEn dat ik het maar dat hou je dat
39		had marjolein al gezegd (.) als jij naar hUIs gaat dan heb je
40		kAns dat je nog wat afvalt;
41		(0.3)
42	A:	ja
43		(0.2)
44	P:	EN (.) MAAR ik weet NIET in uh uh uh hoeVEEL dat dat ongeveer
45		moet ZIJN, (0.3) want nu was ik AFgelopen VRIJdag uh onder de

46 douche geweest en toen had ik=
 47 =(computergeluid)
 48 (0.2)
 49 uh ik zeg tegen mijn man dan ga ik me gelIJK even wegen dus ik
 50 heb in m'n nAkie op de wEEgschaal gestaan;
 51 (0.6)
 52 en toen woog ik nog tweeënVIJFtig en daar schrok ik eigenlijk een
 53 beetje van;
 54 (0.8)
 55 A: ja want u kwam van zevenen- jA (.) kijk.
 56 (0.4)
 57 uhm
 58 (0.3)
 59 dat JA dat uh daar moet het wel ongeveer bij BLIJVen kijk ik
 61 denk dat de meeste mensen na een slokdarmoperatie en zo'n
 62 (wellismaag)reconstructie die (0.2) uh verliezen zo GEMIDDELD
 63 TIEN procent gewicht;
 64 (0.8)
 65 en [daar kom je]
 66 PP: [(?)]
 67 A: dan op uit;
 68 (0.2)
 69 dus ik dENK JA met twEEëNVIJFtig zit u daarop want ik heb u hier
 70 het laatste gewicht in ieder geval heb ik zEvenenvIJftig staan
 71 zoiets waar u vandAAn komt,
 72 (0.6)
 73 P: ja,
 74 (0.2)
 75 A: MAAR 't is natuurlijk wel het moet niet veel MEER worde',
 76 (0.8)
 77 P: nee °nee° en nou HEB IK (.) uh uh=
 78 PP: =(?)
 79 P: jA eve'tjes;
 80 (0.7)
 81 NOU KWAM IK UIT HET ZIEKENHUIS en toen had ik behoorlijk nog wat
 82 (.) ja diarree maar het was een beetje dat (0.3) dat dat
 83 mEELachtige weet je,=
 84 A: =ja,
 85 (0.2)
 86 P: °en°
 87 (0.2)
 88 maar dat was aan't stoppe',
 89 (0.6)
 90 en het WERD WEER NORMA- (.) he normaliseren wa- wat normaal is,
 100 (0.7)
 101 en nou heb ik een FLESJE genomen van die >want toen dacht ik ja
 102 als ik nou zoveel afval kan ik bETER<
 103 A: [ja,]
 104 P: [wat]
 105 (0.4)
 106 zo'n flesje [durbIJ pakke',]
 107 PP: [(?)]
 108 (0.5)
 109 P: dan blij- heb ik IETS MEER (.) naar binnen gekrege';
 110 (0.4)
 111 maar nou ben ik wEER aan de diarree,
 112 (0.2)
 113 A: O dus u krijgt echt diarree van die flesjes lijkt het;
 114 (0.7)
 115 PP: [ja]
 116 P: [ja] da- (.) nou dat vraag ik me Af of dat ik da' van die

117 flESJES gekrege' [heb]
118 A: [ja]
119 (0.4)
120 > JA DA' WEET IK OOK NIE' HELEMAAL< i- IS ER NOG EEN DIETIST
121 BETROKKE' ik neem aan van wel maar,
122 (1.2)
123 P: jA en nou >had ik vanmorgen heb ik de case manager gebeld en die
124 zou nog terugbellen maar die heeft< nog niet teruggebeld;
125
126 A: oke.
127 P: dus d- DAAR wou ik het ook [EVEN]
128 PP: [ja]
129 P: aan vrAgen
130 A: JA WANT BETEKENT WEL HOOR KIJK >het kan bEst zo zijn dat die
131 flesjes nie' wErken maar dan moet er wel een alternatIEf komen
132 want ik denk inderdAAd dat het prettig is om wel die voeding< op
133 pEIl te houden (.) want op ZICH nou zit u misschien nog net
134 binnen die tien procEnt maar het moet niet VEEL MEER worden dan
135 dat
136 (0.9)
137 PP: nee nee [nee]
138 A: [EN] EN E- EN HEEFT U ENIG IDEE waarom het g- waarom u
139 afvalt is het nou
140 (0.5)
141 krijgt u nie' genoeg niet genoeg bInnen of of valt het Eten niet
142 goed of hoe moet ik het zien;
143 (0.7)
144 P: nou ik ik heb 'T IDEE dat ik best wel GOED EET en dat ut
145 misschien NU wel normaliseerd omdat de ontlasting ook al een
146 STUK BETER werd (0.2) maar >dan moet ik er wel even bij zeggen
147 toen ik< (.) op DE DAG dat ik geopereerd ben;
148 A: [ja]
149 P: [dan] wordt je smorgens ook gewoge'
150 (0.4)
151 en toen woog ik VIERenvijftig komma zes;
152 A: oja;
153 (0.7)
154 P: kijk dUs ik ben van die (0.5) VOEDING die jullie mij gegeven
155 hebben (.) schIUNBAAR AANGEKOME' of van het vocht °ik weet niet
156 wat er allemaal bij gezeten heeft°
157 (1.1)
158 als ik dAAR VANUIT GA dan vAlt het eigenlijk nog wel mee
159 natuurlijk;
160 (0.4)
161 A: NEE: maar kijk •h Ondanks dat u met met een gewicht van
162 tweeënvijftig kilo heeft u gewoon niet zo heel veel reserve dus
163 we moeten dat wel gOEd in de gaten houden denk ik •h en daar
164 moet de diëtist ook bOvenop zitten en als we dat [NIET]
165 PP: [ja]
166 A: bijgespijkerd krijgen met die flesjes >want dat lukt bij de
167 meeste mensen geeft dat net beetje een extra zEtje< (.) maar als
168 dat bij u averechts werkt doordat de diarree dan weer meer wordt
169 (.) ja dan moeten we een andere oplossing verzinnen; (0.2) MAAR
170 ik denk dat dat inderDAAD uh IN SAMENSPRAAK met de diëtIst moet
171 dus ik denk dat het goed is IK ZAL marjolein er ook even op
172 aanspreken dat we daar uh nouja dat we daar ACHTERAAN zitten dat
173 daar contact komt in ieder geval weer;
174 (0.6)
175 P: nou DOE DAT want=
176 A: =ja=
177 P: =ja want toen ik toen ik de diëtiste aan de LIJN kreeg (0.3)

239 uhm wat u- we zien ook dat die dat die tumor goed (0.2) of in
 240 ieder geval voor EEN DEEL gereageerd heeft op die
 241 voorbehandeling op die CHEMOradiotherapie (.) maar hij is
 242 daarbij NIET helemaal verdwenen hij zit nog steeds in die
 243 slokdarmwand en eigenlijk wel door de LAGEN van de slokdarmwand
 244 daar zat ie zit ie nog steeds in dus ik he bij SOMMIGE mensen
 245 vind je EIGENLIJK BIJNA geen tumor meer terug
 246 (0.2)
 247 DAT is bij u niet zo dus die operatie is zeker niet voor niks
 248 gedaan
 249 (0.5)
 250 uh maar hij heeft WEL WAT gereageerd;
 251 (0.8)
 252 VERDER hebben we ook 'n uh he we kijken ook altijd naar de
 253 lymfeklieren (.) daar ZATEN in VIJF van de zEventwintig klieren
 254 zaten daar toch nog
 255 (0.8)
 256 TUMORcelletjes (0.2) goed die zijn ALLEMAAL WEG dus die zijn ook
 257 mee verWIJderd;
 258 (0.4)
 259 dus uh die tumor WAS AL WEL BEZIG met (0.2) uitzaaien maar dat
 260 hoort allemaal bij het loKALE gebeuren en hebben we daarmee ook
 261 kunnen verwIJderen.
 262 (0.7)
 263 PP: [ja]
 264 P: [oke]
 265 A: dus dat betEKENT ook dat u ja dat doen we eigenlijk nooit bij
 266 slokdarmtumoren maar uhm
 267 (0.7)
 268 uh
 269 (0.2)
 270 daar hoeft verder geen nabehandeling of iets anders te volgen.
 271 (1.0)
 272 P: oke das wel [fijn]
 273 PP: [nee]
 274 A: •h het is natuurlijk wel zo dat (.) met deze uitslag dat er toch
 275 dat die tumor toch al BEZIG was met die uitzaaiingen ja daarmee
 276 heb je wel een iets hogere kans dat het terugkomt dan dat ie dat
 277 niet heeft;
 278 (0.8)
 279 P: jaja=
 280 PP: =ja
 281 A: >aan de andere kant DAT is natuurlijk waarvoor we die
 282 voorbehandeling doen om zo maximaal mogelijk die behandeling te
 283 kunnen starten< (0.3) uh dus met de chemotherapie de bestrAling
 284 en dan uiteindelijk de operatie nou dat heeft u allemaal gehad;
 285 (0.8)
 286 P: ja
 287 (0.9)
 288 A: •h dus dat betekent ook dat u vanaf nu in het gewone controle
 289 schema komt (.) en dat betekent in ieder geval het EERSTE jaar
 290 dat we om de drie maanden (0.2) uh u zien om te kijken hoe het
 291 met u gaat.
 292 (1.0)
 293 PP: [ja]
 294 P: [oke] EN MAKEN JULLIE DAAR automatisch een afspraak mee [dat ik
 295 (?)]
 296 A: [ja die
 297 krijg u] JA;
 298 (0.7)
 299 P: oke helemaal goed;

300 PP: ma- MAG ik u iets vrAgen want uh u zegt nou uh er bij bij VIJF
 301 lymfeklieren die waren dus ook aangetast he=
 302 A: =ja
 303 PP: daar zaten ook uh uh KANKERcellen [in]
 304 A: [ja]
 305 PP: (?) DUS dat betekent in twEEëntwintig uh niet,
 306 A: nee dat klopt;
 307 (0.5)
 308 PP: die heb je want jullie hebben er zevenentwintig [uit]
 309 A: [ja]
 310 PP: gehaald
 311 (0.5)
 312 maar uh DUS DE KANS bestaat dus dat er uh OOK nog lymfeklieren
 313 daar in de buurt (0.2) dat die misschien ook kankercellen zouden
 314 bevatten;=
 315 A: =nou dat [VERWACHT IK NIET]
 316 PP: [(?)] dat niet kunnen,
 317 A: kijk we beschOUwen dit allemaal we kijken natuurlijk van tevOren
 318 heel kritisch allemaal naar WAAR het zit
 319 (0.5)
 320 uhm (.) Als daar lymfeklieren buiten het gebied van (.) u:hm
 321 >die slokdarm zitten< dus bUITen het lymfeklierstation dat bij
 322 die slokdarm hoort zit (0.2) ja dan gaat dan beGINNE' we
 323 eigenlijk niet aan deze operatie.
 324 (0.5)
 325 •h dus Alle lymfeklieren die rond die slokdarm zitten (0.3) dat
 326 zijn daar hebben we vaste afspraken over wat we wel weghalen en
 327 wat we niet weg moeten halen (.) maar al DIE in verkeer die zijn
 328 weggehaald dus dat zijn DIE ZEVENENTWINTIG bij elkaar.
 329 PP: ja=
 330 P: =oke=
 331 A: =dus dat HELE LYMFEKLIERSTATION;
 332 (0.9)
 333 er ZIJN er een aantal aangedaan maar dat hele lymfeklierSTATION
 334 is weggehaald;
 335 (0.6)
 336 als het toch daarBUITEN zit (0.2) ja theoretisch kan het (.) uh
 337 maar dat wEten we natuurlijk gewoon niet daar hebben we op de
 338 bEElden in ieder geval geen aanwijzingen voor nou dan is dat
 339 buiten het gebied (0.5) van het lymfeklierstation dat bij de
 340 tumor hoort nou dan is die EIgenlijk al te VER HEEN en dan moet
 341 je je afvragen ja hadden we dit UBERHAUPT wel moeten doen,
 342 (0.5)
 343 [maar]
 344 PP: [ja]
 345 A: nogMAALS dat blijft koffiedik kijken want daar kunnen we NIET
 346 da- dat blijft alleen maar gissen
 347 (0.5)
 348 uh want we hebben daarnaar gekeken met de scAns en de scopieën
 349 die we hebben gedaan en daar zijn geen aanwijzingen voor dus
 350 (0.6)
 351 PP: nee=
 352 A: =nogmaals (0.3) ik denk dat u de bEste en de mAximale
 353 behandeling heeft gehad alleen,
 354 PP: ja=
 355 A: =wat we wel constateren nu achterAF is dat die cysiekte toch
 356 (0.3) ja hij was al BEZIG zal ik maar zeggen en uh
 357 PP: ja
 358 A: ik denk dat we hem net op tijd hebben weggehaald dus zo sta ik
 359 d'r eigenlijk in;
 360 (0.9)

361 PP: jaja ja
 362 P: nou dan is het TOCH FIJN [DAT HET]
 363 PP:
 364 P: DE NEGENENTWINTIGSTE geweest is=
 365 PP: =maar u zegt nou uh om de drie maanden heb je controle,
 366 A: ja
 367 PP: (?) kans dat het dan toch nog weer opnieuw uitbreekt,
 368 (0.5)
 369 U:H ONTDEKKEN jullie dat dan in een heel vroeg stadium als je=
 370 A: =nee nouja dat is wel het lastige he kijk je kunt (0.4) je kunt
 371 niet TWEE keer genezen van slokdarmkanker.
 372 (0.2)
 373 u:hm
 374 PP: nee
 375 A: dus dat betEkent dat als het terugkomt (0.2) uh onverHOOPT (.)
 376 ja dat we daar BEPERKT zijn wat we kunnne doen je kunt niet een
 377 nieuwe operatie doen in ieder geval
 378 (0.2)
 379 en je kunt wel allerlei dingen doen om te zorgen dat je die
 380 ziekte (0.2) uh dat je die ziekte REMT en dat je hem eventueel
 381 wat uh wat bePERKT maar dat betekent wel meteen dat ALS het
 382 terugkomt dat je in een palliatief (0.2) traject terugkomt;
 383 (0.3)
 384 PP: jaja
 385 A: dus DAT BETEKENT OOK en dat palliatief traject betekent ook
 386 eigenlijk dat je met name de KLACHTEN gaat behandelen en niet zo
 387 zeer (0.3) uh weer opnieuw een genEzingstraject in gaat
 388 (1.3)
 389 dus dat MAAKT OOK WEL dat we (0.2) wij doen ook geen STANDAARD
 390 beeldvorming met een s- scAn of met een scopie >om te kijken
 391 komt het nou weer terug want ja dat heeft niet zoveel zin< want
 392 je ja je gaat toch pas wat doen als er klAChten zijn;
 393 (0.4)
 394 dus dat is DUI- dat is duidelijk anders dan de andere
 395 kankersoorten bijvoorbeeld bij BORSTkanker of bij DARMkanker ja
 396 dan ga je heel actief zOEke' (.) want als het terugkomt (0.2)
 397 dan kan je het nog een keer weghalen,
 398 (0.3)
 399 dat GELDT NIET voor slokdarmkanker;
 400 PP: nee dat kan niet [nee]
 401 A: [dus] dus het IS WEL kijk u heeft een hele
 402 ZWARE BEHANDELING gehad
 403 (0.4)
 404 uhm met de chemotherapie bestrAling en de operatie bij elkaar
 405 (1.0)
 406 maar daar moet u het ook mee doen;
 407 (0.9)
 408 PP: ja;
 409 (0.6)
 410 A: en NOGMAALS de uitslag is natuurlijk ZO (0.2) ja dit stAdium
 411 daar verAnderen we niks aan he kijk ik bedoel DAT IS WAT HET IS
 412 uh
 413 (0.3)
 414 en het is natuurlijk vervElend om te horen dat die klieren daar
 415 zijn maar goed die zItten d'r en ja die heeft u (.) ook DIE
 416 hebben de maximale behandeling gekregen,
 417 (0.4)
 418 uh en het is gewoon allemaal verwijderd (.) dus wat mij betreft
 419 bent u op dit moment gewoon tumorVRIJ;
 420 (0.7)
 421 PP: [ja]

422 P: [ja]
 423 A: alleen nouja niemand kan in de toekomst kijken,
 424 (0.5)
 425 PP: [nee:]
 426 P: [nee] >nee nee nee nee nee<
 427 A: maar IK WIL OOK VOORAL NIET DAT U NU BIJ DE PAKKEN NEER GAAT
 428 ZITTEN VAN NOU D'R ZITTE DIE VIJF KLIEREN (.) uhm (.) nee alles
 429 wat we weten aan tumor is gewoon verwijderd.
 430 (0.2)
 431 en daarom=
 432 PP: =ja=
 433 A: =bent u wat MIJ betreft genezen en ja nogmaals (.) u heeft de
 434 mAximale behandeling gehad meer HEBBEN we ook niet voor deze
 435 ziekte;
 436 (0.2)
 437 uhm dus ja HIER ja hier moet je gewoon mee vooruit en heb je
 438 alle kansen mee;
 439 (1.3)
 440 P: ja
 441 PP: O nou dat uh [is in]
 442 P: [HELEMAA-]
 443 PP: ieder geval mooi om te horen;
 444 A: [goedzo]
 445 P: [in ieder geval] bedankt.
 446 (0.6)
 447 PP: ja
 448 P: en uh als u NOG EVEN contact opneemt met marjolein en de diëtist
 449 [dan uh]
 450 A: [ja] DAT GAAN WE REGELEN (.) dus diëtist is denk ik BELANGrijk
 451 voor nu en dan maken we over een week of ZES want even kijken
 452 het was de negenentwintigste: NOU ik denk ietsje eerder
 453 eigenlijk;
 454 (0.6)
 455 ja MEESTal op ZES weken maken we nog even een afspraak om te
 456 kijken hoe het gaat dus ergens rond de ZES (0.2) tussen de zes
 457 en de acht weken maar dat zal ik ook via marjolein regelen.
 458 (0.6)
 459 dat we mekaar DAT WE MEKAAR dan eventjes zien maar mocht er
 460 tussendoor natuurlijk een probleem zijn met die voeding of dat u
 461 alleen maar verder afvalt ja dAn moeten we uh daar iets aan gaan
 462 veranderen;
 463 (0.4)
 464 uh [dus dan]
 465 P: [(?)]
 466 A: zie ik u eventueel eerder maar goed< nogmaals uh dat CONTACT dat
 467 laten we even via marjolein lopen dat komt wel goed.
 468 (0.6)
 469 en de VASTE afspraak die maken we die zal ik nu vast in het
 470 systeem zetten;
 471 (0.8)
 472 P: oke DANKUWEL.
 473 A: oke goed,
 474 P: tot [ziens he]
 475 PP: [bedankt] dag
 476 A: dag hoor,
 477 PP: dag;