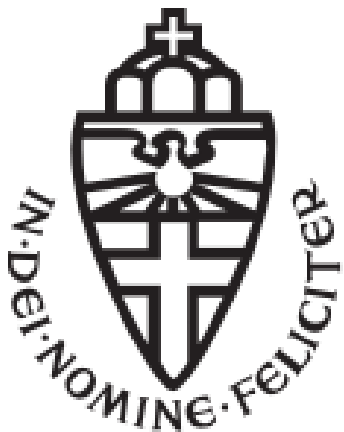


Masterscriptie

# Tussen scherm en sprekkamer

*Een analyse van continuers in videoconsulten en face-to-face consulten*

*From screen to consultation room: a comparative analysis of continuers in video and face-to-face medical encounters*



# Radboud Universiteit

Pleun Huigens

14-08-2025

Faculteit: Letteren

Opleiding: Communicatie & Beïnvloeding

Profiel: Gezondheidscommunicatie

Eerste lezer: Sara Bögels

Tweede lezer: Wyke Stommel

Woordenaantal: 8605

## Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen of patiënten in videoconsulten vaker of minder vaak gebruik maken van continuers dan in face-to-face consulten en of het type continuer (verbaal vergeleken met non-verbaal) verschilt per modaliteit. Continuers zijn korte verbale of non-verbale signalen waarmee patiënten aangeven te luisteren zonder dat de beurt wordt overgenomen. Deze luistersignalen spelen een belangrijke rol in het vloeiend laten verlopen van gesprekken en het tonen van betrokkenheid door de luisteraar. Ook in een medische setting zijn luistersignalen van belang voor wederzijds begrip en een goede relatie tussen de arts en de patiënt.

De analyse is uitgevoerd met een bestaande dataset van videoregistraties van medische consulten in het Radboudumc. De focus lag op het uitleggedeelte van het consult, waarin de arts voornamelijk informatie over de operatie deelt. Dit moment wordt gekenmerkt door een hoge informatiedichtheid en langere, aaneengesloten spreekbeurten van de arts, waardoor dit gedeelte van het consult geschikt is om luistergedrag van patiënten te analyseren. Tijdens de codering werd er een onderscheid gemaakt tussen verbale continuers en non-verbale continuers op basis van vastgestelde coderingscriteria. Er is per consult geteld hoeveel continuers er voorkwamen, waarna de verschillen in frequentie en type continuer statistisch zijn getoetst met onafhankelijke t-toetsen.

De resultaten toonden aan dat de patiënten tijdens face-to-face consulten significant meer continuers geven dan tijdens videoconsulten. Tegelijkertijd tonen patiënten in videoconsulten een vergelijkbare balans tussen verbale continuers en non-verbale continuers, ondanks de fysieke afstand die ontstaat door een videoconsult.

Deze bevindingen impliceren dat de vorm van het consult samenhangt met de hoeveelheid continuers, maar dat er geen samenhang is tussen het type continuer en de modaliteit. Een verklaring voor het lagere aantal continuers in videoconsulten kan samenhangen met de beperkingen van videoconsulten, zoals minder vloeiende interacties en technische haperingen.

# Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	3
2. Theoretisch kader	5
2.1 Communicatie in videoconsulten	5
2.2 Beurtwisselingen en gespreksstructuur	6
2.3 Van beurtwisseling naar continuër	7
2.4 Continuërs in videoconsulten	8
2.5 Non-verbale en verbale continuërs	9
3. Methode	11
3.1 Design	11
3.2 Data	11
3.3 Procedure	12
3.4 Coderingscriteria	13
3.5 Intercodeerbetrouwbaarheid	14
3.6 Statistische analyse	15
4. Resultaten	16
4.1 Beschrijvende statistieken	16
4.2 Assumpties	16
4.3 Onafhankelijke t-toetsen	17
5. Conclusie en discussie	18
5.1 Hypothese 1	18
5.3 Hypothese 2	19
5.3 Hoofdvraag	20
5.4 Intercodeerbaarheid	21
5.5 Beperkingen huidig onderzoek	21
5.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek	23
Literatuurlijst	26
Bijlagen	31
Bijlage 1. Intercodeerbetrouwbaarheid	31

# 1. Inleiding

Videobellen heeft de afgelopen jaren een vaste plek gekregen binnen de Nederlandse zorg, mede versneld door de COVID-19-pandemie (Van der Vaart, Van Tuyl, et al., 2022). Tijdens de pandemie werd videobellen in sommige gevallen gezien als de enige manier om zorgafspraken en behandelingen voort te zetten, vooral tijdens piekperiodes van besmettingen om op deze manier fysiek contact tussen zorgverleners en patiënten zoveel mogelijk te vermijden (Van der Vaart, Van Tuyl, et al., 2022). Ondanks het opheffen van de pandemiebeperkingen bleef het videobellen een belangrijk middel in de zorgsector en bleef er een lichte stijging. In 2022 maakte namelijk 58% van de zorgverleners gebruik van videobellen, ten opzichte van 55% in 2021 (van der Vaart et al., 2023). Ook in de specialistisch medische zorg was er een toename te zien, deze stijging kan te maken hebben met de centralisatie van specialistische zorg in Nederland (Barsom et al., 2021).

Het gebruik van videobellen biedt diverse voordelen. Zo zorgt videobellen voor meer gemak en tijdswinst voor patiënten, voor ziekenhuizen en de overheid. Dit uit zich in een verminderde reistijd, lagere vervoerskosten en minder lange wachttijden voor patiënten (Donaghy et al., 2019; Keij et al., 2024; Mansour & Nogues, 2022). Dit gemak en tijdswinst maakt de zorg efficiënter, wat van belang is voor ziekenhuizen en de overheid gezien de oplopende zorgkosten en personeelstekorten (Kusiak, 2019). Videoconsulten vergroten bovendien de toegankelijkheid voor patiënten die geografisch of praktisch beperkt zijn, zoals mensen op de Waddeneilanden of patiënten die afhankelijk zijn van rolstoelvervoer (Fatehi et al., 2015). Ondanks deze voordelen blijft het gebruik onder patiënten relatief beperkt. In 2021 gebruikte slechts 5% van de chronisch zieken een videoconsult tegenover 25% van de kankerpatiënten, waarbij vooral hoogopgeleide en iets jongere patiënten deze vorm van zorg benutten (Van der Vaart, Kouwenberg, et al., 2022). Dit suggereert dat het gebruik van videoconsulten niet voor alle doelgroepen vanzelfsprekend is en mogelijk gepaard gaat met drempels of ervaren nadelen.

Een nadeel is dat videoconsulten de kwaliteit van de communicatie tussen de arts en de patiënt kunnen beïnvloeden. Technologische beperkingen en het ontbreken van een gedeelde fysieke ruimte maken het moeilijker om verbale en non-verbale signalen goed waar te nemen (Heath & Luff, 1991; Seuren et al., 2021). Zowel artsen als patiënten ervaren de interactie hierdoor als minder spontaan of natuurlijk (Seuren et al., 2021). Wanneer patiënten zich minder goed gehoord voelen, kan dit de kwaliteit van de communicatie tussen de arts en de patiënt nadelig beïnvloeden. Daarnaast blijken tijdens videogesprekken in het algemeen non-verbale

communicatiesignalen, zoals gezichtsuitdrukkingen, oogcontact en lichaamstaal, vaak moeilijker waarneembaar of makkelijker vatbaar zijn voor misinterpretatie dan in face-to-face gesprekken (Blanch-Hartigan et al., 2018; Chichirez & Purcărea, 2018). Ook in medische context ervaren zorgverleners de interactie via videobellen als minder vloeiend en minder natuurlijk (Barbosa & Silva, 2017). Daarnaast geven patiënten aan dat zij tijdens videoconsulten moeite hebben met het uiten van emoties en het juist interpreteren van signalen van de arts (Gorawara-Bhat et al., 2007; Van der Lee & Schellekens, 2020). Tegelijkertijd worden videoconsulten door patiënten als positief ervaren. De tevredenheid is hoog, met name onder patiënten die weinig gezondheidsproblemen hebben. Uit onderzoek blijkt dat deze positieve ervaringen worden toegeschreven aan factoren op het niveau van de zorgverlener en de digitale vorm zelf (Bosch et al., 2024).

Naarmate non-verbale signalen in videoconsulten minder zichtbaar zijn of zijn vertraagd, lijkt ook de afstemming tussen de arts en de patiënt beïnvloed te worden (Sacks et al., 1974). Er bestaat namelijk het risico dat continuers niet goed worden opgemerkt of verkeerd worden geïnterpreteerd. Continuers zijn korte verbale of non-verbale signalen waarmee patiënten aangeven dat ze luisteren zonder de beurt over te nemen. Deze continuers kunnen verbaal zijn, zoals ‘hm-hm’ of ‘ja’, of non-verbaal zoals knikken of nee schudden. Zowel de frequentie waarmee deze continuers worden gegeven als het type continuer kunnen verschillen afhankelijk van de consultvorm, wat belangrijke implicaties heeft voor de kwaliteit van de interactie.

Dit onderzoek richt zich op het verschil in frequentie en vorm van continuers door patiënten tijdens de uitleg van de arts in face-to-face en videoconsulten. Verbale en non-verbale continuers zijn belangrijk voor het tonen van betrokkenheid en het geven van feedback aan de arts. Inzicht in hoe vaak en op welke manier patiënten deze continuers geven helpt om beter te begrijpen hoe patiënten actief luisteren en hoe zich dit verschilt per consultvorm. Deze vraag is relevant in een zorglandschap dat de afgelopen jaren sterk in ontwikkeling is. De uitkomst van dit onderzoek kan artsen ondersteunen bij het aanpassen van hun communicatie, zoals het structureren van de uitleg of hoe de boodschap overkomt, aan de consultvorm. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: *‘Hoe verschillen de frequentie en de vorm van continuers, gegeven door patiënten, tijdens de uitleg van de arts in face-to-face consulten ten opzichte van videoconsulten?’*.

## 2. Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt uiteengezet hoe communicatie in videoconsulten verschilt van face-to-face interactie. Er wordt ingegaan op de organisatie van beurtwisselingen en de rol van luisterreacties. Vervolgens wordt het concept ‘continuer’ geïntroduceerd als vorm van terugkoppeling van de luisteraar tijdens het spreken. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen verbale en non-verbale continuers, en hun verschillende werking in videoconsulten en face-to-face consulten. Op basis van deze inzichten worden twee hypothesen geformuleerd over het gebruik van continuers door patiënten in videoconsulten.

### 2.1 Communicatie in videoconsulten

Videogesprekken zijn in de afgelopen jaren prominenter geworden binnen de gezondheidszorg als aanvulling op face-to-face consulten (van der Vaart et al., 2023). Videoconsulten maken het mogelijk om visueel contact te hebben zonder fysieke nabijheid, maar het verandert ook de interactie tussen twee gesprekspartners. Een belangrijk verschil is dat non-verbale signalen, zoals gezichtsuitdrukkingen, oogbewegingen of lichaamshouding, minder goed waarneembaar zijn in een videogesprek (Keij et al., 2024). Dit heeft gevolgen voor de manier waarop betrokkenheid, aandacht of begrip wordt geïnterpreteerd in de interactie tussen de arts en de patiënt.

Deze waarnemingsproblemen hangen samen met technische factoren die kenmerkend zijn voor videogesprekken. Denk aan suboptimale camerahoeken, schermgrootte of storingen in beeld en geluid, die gezamenlijk kunnen zorgen voor een gefragmenteerde en minder natuurlijke ervaring van non-verbale communicatie (Chichirez & Purcărea, 2018; King & Smith, 2020). Zo kan een beperkte camerahoek ervoor zorgen dat lichaamstaal deels buiten beeld valt, terwijl een klein scherm het lastiger maakt om subtiele mimiek op te merken. Bovendien leidt het kijken naar het scherm of de camera vaak niet tot daadwerkelijk oogcontact, waardoor de indruk van empathie en aandacht verstoord kan raken (King & Smith, 2020). Ook in de medische context worden deze waarnemingsproblemen waargenomen in digitale communicatieve omgevingen, zoals videomeetings of virtuele gesprekken.

Het effect van deze beperkingen is in medische consulten bijzonder relevant, omdat subtiele non-verbale signalen, zoals een knikje of gezichtsuitdrukking, daar juist van groot belang zijn voor het onderling begrip en de relatie tussen de arts en de patiënt. Gorawara-Bhat et al. (2007) analyseerden in onderzoek naar de communicatie tussen arts en patiënt de videobeelden van medische consulten met behulp van het NDEPT-coderingssysteem. Getrainde codeerders registreerden hierbij systematisch non-verbale signalen zoals houding, beweging en

expressie. Een belangrijke bevinding was dat non-verbaal gedrag sterk samenhangt met de fysieke inrichting van de spreekkamer, die de context biedt voor interpretatie van deze signalen (Gorawara-Bhat et al., 2007). In videoconsulten ontbreekt deze gedeelde fysieke ruimte, waardoor het mogelijk is dat deze subtiele afstemming kan wegvallen.

Een andere beperking tijdens videoconsulten is de vertraging in overdracht van beeld en geluid via het netwerk (Seuren et al., 2021). Hoewel deze vertraging vaak beperkt is tot enkele tientallen tot honderden milliseconden, kan dit een merkbaar effect hebben op de vloeiende interactie. Timing is namelijk van cruciaal belang in gesprekken, waarin de beurtwisseling soms al binnen 200 milliseconden plaatsvindt (Stivers et al., 2009). Wanneer door latentie het moment van reactie net te laat komt, kan dit leiden tot overlap, abrupte stiltes of verwarring over wie aan de beurt is om te spreken (Gutwin et al., 2004). Face-to-face gesprekken kennen soms ook overlap, maar die ontstaat daar vooral uit natuurlijke synchronisatie van beurtgedrag. In digitale gesprekken komt overlap vaak juist voort uit vertraging of het niet correct waarnemen van signalen (Seuren et al., 2021).

Deze technische beperkingen beïnvloeden niet alleen de timing van beurtwisselingen, maar ook de manier waarop luisteraars reageren tijdens het spreken van een ander. In een digitale omgeving kan het ontbreken of vertragen van terugkoppeling leiden tot onzekerheid over de aandacht van de ander. Dit kan verklaren waarom in online interacties, waaronder ook videoconsulten, vaker expliciete, verbale responsen worden gegeven.

## 2.2 Beurtwisselingen en gespreksstructuur

Om het gebruik en de functie van continuers goed te kunnen begrijpen, is het van belang eerst inzicht te krijgen in de bredere gespreksstructuur waarin deze signalen optreden. Een gesprek is opgebouwd uit beurten, waarbij sprekers elkaar op gestructureerde wijze afwisselen. In face-to-face interacties verloopt deze beurtwisseling doorgaans vloeiend en vrijwel automatisch. Grootschalig crosscultureel onderzoek heeft aangetoond dat de gemiddelde overgang tussen sprekers slechts ongeveer 200 milliseconden bedraagt (Stivers et al., 2009). Dit wijst op een opmerkelijke mate van interactieve afstemming tussen gespreksdeelnemers. Bovendien blijkt uit het werk van Templeton et al. (2022) dat snellere en soepelere beurtwisselingen samenhangen met een verhoogd gevoel van verbondenheid en gespreksplezier, wat onderstreept dat beurtorganisatie niet alleen een structurele, maar ook een sociale functie vervult.

Beurtwisselingen vereisen echter complexe cognitieve processen van de luisteraar. Zo plannen luisteraars hun respons vaak al voordat de huidige spreker zijn of haar beurt heeft

beëindigd (Bögels et al., 2015), terwijl zij tegelijkertijd nauwkeurig moeten inschatten wanneer die beurt waarschijnlijk tot een einde komt (Sjerps & Meyer, 2015). Deze inschatting is gebaseerd op zogenoemde Turn Constructional Units (TCU's). Dit zijn linguïstische eenheden waaruit beurten zijn opgebouwd, zoals een woord, zinsdeel of volledige zin (Sacks et al., 1974). Wanneer een TCU is voltooid, ontstaat er een Transition Relevance Place (TRP). Dit is het moment waarop het sociaal gepast is voor een luisteraar om het woord over te nemen of een respons te geven. TRP's worden herkend aan de hand van verschillende signalen. Linguïstische en syntactische kenmerken, zoals grammaticale afronding, kunnen duiden op het naderende einde van een beurt. Daarnaast spelen prosodische signalen zoals intonatedaling, ritmische vertraging en korte pauzes een belangrijke rol in het markeren van TRP's (Ford et al., 1996; Sacks et al., 1974). In face-to-face gesprekken worden deze signalen vaak versterkt door visuele of non-verbale signalen, zoals het verschuiven van lichaamshouding, wegstaren of andere vormen van fysieke oriëntatie (Keller, 1979).

In een digitale omgeving, zoals gedurende videoconsulten, zijn deze signalen echter vaak minder goed zichtbaar of worden ze vertraagd weergegeven als gevolg van technische beperkingen. Latentie, een minimale vertraging in de overdracht van beeld en geluid, kan ertoe leiden dat prosodische en non-verbale signalen niet synchroon worden waargenomen door de luisteraar (Seuren et al., 2021). Dit maakt het voor de luisteraar moeilijker om TRP's accuraat te identificeren en verhoogt de kans op misverstanden. Een mogelijk gevolg van deze misverstanden is het optreden van false starts, dit zijn situaties waarin beide gesprekspartners tegelijkertijd proberen te spreken, of juist terughoudend zijn en een ongemakkelijke stilte laten vallen (Skowronek et al., 2022). Dergelijke verstoringen kunnen het vloeiende karakter van de interactie aantasten.

### 2.3 Van beurtwisseling naar continuer

In gesprekken zijn er niet alleen momenten waarop een daadwerkelijke beurtwisseling plaatsvindt, maar er zijn ook momenten waarop luisteraars een korte, ondersteunende reactie kunnen geven zonder de spreekbeurt over te nemen. Deze momenten worden Backchannel Opportunity Points (BOP's) genoemd (de Kok & Heylen, 2010). Een BOP is een sociaal relevante positie binnen een TCU, bijvoorbeeld na een informatierijke zin of tijdens een pauze, waarop het gepast is voor de luisteraar om met een minimale verbale of non-verbale reactie aan te geven dat hij of zij nog steeds aandachtig luistert. De reacties die op dergelijke momenten gegeven kunnen worden, staan in de literatuur bekend als backchannels of continuers (in dit

onderzoek zal de term continuers gehanteerd worden).

Een continuer is bedoeld om betrokkenheid, aandacht en begrip te tonen en vormt daarmee een communicatieaspect die de spreker aanmoedigt om door te gaan met de spreekbeurt. In tegenstelling tot een beurtwisseling, waarbij de spreekbeurt volledig overgaat van de ene naar de andere gesprekspartner, impliceert een continuer juist dat de luisteraar geen intentie heeft om het woord over te nemen, maar de beurt expliciet bij de ander laat. Continuers omvatten bijvoorbeeld korte verbale uitingen als ‘hm-hm’ of ‘ja’, of non-verbale gebaren zoals knikken of nee schudden (Goodwin, 1986; Wolf, 2008). Idealiter sluit een continuer direct aan bij een BOP, waardoor de interactie vloeiend en gecoördineerd blijft (de Kok & Heylen, 2010). Hoewel het gebruik van continuers per individu kan variëren (Kawahara et al., 2016; Poppe et al., 2011), kunnen ze bijdragen aan een gevoel van gezamenlijke afstemming en betrokkenheid. Hoewel niet elk BOP wordt benut, kan het structureel uitblijven van continuers, vooral wanneer dit herhaaldelijk gebeurt, door de spreker worden geïnterpreteerd als een teken van onoplettendheid, desinteresse of gebrek aan afstemming (Wei Yeng Shek, 2021).

#### 2.4 Continuers in videoconsulten

In algemene digitale communicatie is al geconstateerd dat het gebruik van continuers toeneemt in vergelijking met face-to-face gesprekken. Halbe (2012) analyseerde bijvoorbeeld transcripties van acht vergaderingen over een gezamenlijk IT-onderzoeksproject in zowel fysieke als online contexten. In totaal namen 24 personen deel, afkomstig uit zeven landen. Niet alle deelnemers waren aanwezig bij elke vergadering, maar veel van hen namen deel aan zowel face-to-face als online overleggen. Uit deze analyse kwam dat deelnemers in online vergaderingen significant vaker verbale continuers inzetten (58,7 vs. 52,7 per 10.000 woorden) dan in face-to-face gesprekken. Hoewel non-verbale signalen in deze studie niet systematisch zijn onderzocht, wijst Halbe (2012) erop dat in online vergaderingen waar visuele input ontbreekt, verbale continuers de enige manier zijn om aan te geven dat de luisteraar luistert en de spreker volgt. Dit kan het hoge aantal continuers verklaren, deze vervullen een functie in het bevestigen van betrokkenheid en aandacht. In face-to-face gesprekken kunnen dergelijke signalen ook non-verbaal worden gegeven, wat de iets lagere frequentie van verbale continuers daar mogelijk verklaart.

Deze bevindingen worden bevestigd door Wei Yeng Shek (2021), die het gebruik van continuers bestudeerde tijdens videogesprekken in drie talen, Japans, Engels en Cantonees. Op basis van videofragmenten werd er een analyse uitgevoerd met aandacht voor frequentie, vorm

en verdeling van continuers, waarna deze door Wei Yeng Shek (2021) werden vergeleken met bestaande data uit eerdere onderzoeken over continuers in face-to-face gesprekken. Uit deze analyse blijkt dat het aantal continuers in videogesprekken toeneemt ten opzichte van face-to-face gesprekken. In de medische context is een soortgelijk patroon zichtbaar. Tachakra & Rajani (2002) voerden een kwantitatieve analyse uit op communicatie in face-to-face consulten en videoconsulten binnen de spoedeisende hulp. In de digitale setting bevond de arts zich op afstand en was via een videoverbinding verbonden met de verpleegkundig specialist en de patiënt op locatie. Alle consulten werden geanalyseerd op onder meer beurtwisselingen, onderbrekingen, woordgebruik en continuers. De onderzoekers vonden dat in videoconsulten meer continuers voorkwamen dan in face-to-face consulten, zowel tussen arts en verpleegkundige als tussen arts en patiënt.

Gezien deze inzichten ligt het voor de hand dat patiënten in videoconsulten vaker verbale continuers inzetten dan in face-to-face consulten. In videoconsulten zijn non-verbale signalen zoals oogcontact, knikken of gezichtsuitdrukkingen vaak minder zichtbaar of vertraagd, bijvoorbeeld door camerastandpunten, schermgrootte of vertraging in het netwerk. Hierdoor ontstaat er in videoconsulten een grotere behoefte aan expliciete, hoorbare continuers om betrokkenheid te tonen en de arts te laten weten dat de boodschap ontvangen wordt. Continuers nemen in videoconsulten dus een belangrijkere rol op zich in het ondersteunen van interactie, het waarborgen van wederzijds begrip en het onderhouden van een soepele gespreksdynamiek. Eerder onderzoek laat zien dat deze verbale reacties bijdragen aan de sociale verbondenheid tussen gesprekspartners en het vloeiend laten verlopen van gesprekken (Goodwin, 1986; Templeton et al., 2022). Op basis van deze bevindingen is de volgende hypothese opgesteld:

H1: Patiënten maken tijdens de uitleg van de arts in videoconsulten vaker gebruik van continuers dan in face-to-face consulten.

## 2.5 Non-verbale en verbale continuers

Naast verschillen in de frequentie van continuers is het onderscheid tussen verbale en non-verbale continuers van belang, vooral in het kader van digitale communicatie. Non-verbale continuers, zoals knikken of het maken van gezichtsuitdrukkingen, zijn in videoconsulten vaak minder goed zichtbaar of zelfs geheel afwezig door technische beperkingen zoals camerahoek, schermgrootte en latentie (Chichirez & Purcărea, 2018; King & Smith, 2020; Seuren et al.,

2021). Dit kan leiden tot een verminderde effectiviteit van non-verbale continuers als communicatiemiddel. Daarentegen zijn verbale continuers, zoals 'ja' of 'hm-hm', expliciete signalen die minder gevoelig zijn voor misinterpretatie en beter doorkomen via het technische kanaal (Halbe, 2012).

In online vergaderingen en andere digitale communicatievormen is aangetoond dat deelnemers vaker kiezen voor deze verbale terugkoppeling om het gebrek aan zichtbare non-verbale signalen te compenseren. Zo toonde Wei Yeng Shek (2021) in een analyse van videoconsulten aan dat gesprekspartners vaker verbale luistersignalen inzetten dan in face-to-face gesprekken. Ook Halbe (2012) vond een vergelijkbaar patroon in online vergaderingen, waar deelnemers meer verbale continuers produceerden dan in fysieke bijeenkomsten. Deze bevindingen worden verklaard door het gebrek aan zichtbare non-verbale signalen in digitale omgevingen. Wei Yeng Shek (2021) suggereert dat gesprekspartners daarom geneigd zijn om meer verbale continuers te gebruiken om de verminderde non-verbale signalen te compenseren. Ook in de medische setting bevestigen studies dit patroon. Tachakra & Rajani (2002) vonden dat in videoconsulten meer verbale continuers voorkwamen dan in face-to-face consulten, zowel tussen arts en verpleegkundige als tussen arts en patiënt. Dit kan het gevolg zijn van technische beperkingen bij videoconsulten. Deze technische factoren spelen een cruciale rol in het communicatieproces. Latentie en beperkingen in beeldkwaliteit kunnen leiden tot vertragingen en misinterpretaties van non-verbale signalen, waardoor het vertrouwen op verbale continuers toeneemt (Seuren et al., 2021). Verbale continuers zijn immers beter bestand tegen technische verstoringen en minder afhankelijk van subtiele visuele signalen.

Gezien de technische beperkingen van videoconsulten zijn non-verbale continuers zoals knikken of gezichtsuitdrukkingen minder goed zichtbaar of kunnen ze vertraagd worden overgebracht (Seuren et al., 2021). Hierdoor verliezen deze non-verbale signalen een deel van hun effectiviteit als communicatiemiddel in videoconsulten. In tegenstelling tot non-verbale signalen zijn verbale continuers duidelijk hoorbare reacties die minder gevoelig zijn voor technische verstoringen en daardoor betrouwbaarder overkomen. Dit maakt dat verwacht wordt dat patiënten in videoconsulten vaker verbale continuers gebruiken om betrokkenheid en begrip te tonen en het gesprek soepel te laten verlopen. Op basis van deze bevindingen is de volgende hypothese opgesteld:

H2: Patiënten maken tijdens de uitleg van de arts in videoconsulten relatief vaker gebruik van verbale continuers dan non-verbale continuers, vergeleken met patiënten in face-to-face consulten.

## 3. Methode

### 3.1 Design

Dit onderzoek maakt gebruik van een observationeel, vergelijkend design. Het richt zich op het analyseren van het gebruik van continuers door patiënten tijdens de uitleg van de arts in medische videoconsulten en face-to-face consulten. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of de frequentie en vorm van continuers die patiënten gebruiken verschillen tussen de twee modaliteiten. De onafhankelijke variabele is de modaliteit van het consult, met twee niveaus: videoconsulten en face-to-face consulten. De afhankelijke variabelen zijn (1) het aantal continuers dat patiënten gebruiken en (2) de verhouding tussen verbale en non-verbale continuers. Verbale continuers zijn hoorbare luistersignalen zoals 'ja' of 'hm', terwijl non-verbale continuers bestaan uit bijvoorbeeld knikken of nee schudden. Er is sprake van een tussenproefpersoonontwerp, elke patiënt neemt slechts deel aan één van de twee modaliteiten. Voor elke hypothese worden onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd om het verschil te bepalen, één toets voor het absolute aantal continuers en één toets voor de relatieve verdeling tussen verbale en non-verbale continuers.

### 3.2 Data

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een bestaande dataset die verzameld is binnen een eerder onderzoek waarin face-to-face consulten en videoconsulten met elkaar werden vergeleken (Stommel et al., 2019). De data bestaan uit videobeelden van postoperatieve consulten van een tumorresectie, waarin artsen de uitslag van een pathologierapport toelichten aan patiënten, bespreken hoe het met de patiënt gaat, in sommige gevallen de wond bekijken en eventueel mogelijke vervolgstappen bespreken. De data zijn afkomstig van het Radboudumc in Nijmegen en zijn opgenomen in de periodes juni-juli 2017 en maart-juni 2018. Patiënten kwamen in aanmerking voor deelname indien zij 18 jaar of ouder waren en een tumorresectie hadden ondergaan bij een van de betrokken chirurgen. In totaal omvat de dataset 40 follow-upconsulten na een tumorresectie: 17 face-to-face consulten en 23 videoconsulten. Voor dit onderzoek zijn er 36 consulten geïnccludeerd (16 face-to-face en 20 video). In totaal zijn er vier consulten geëxcludeerd van het onderzoek omdat ze een te kort uitleg gedeelte hadden (< 20 seconden), er geen duidelijk uitlegstuk was door de vele vragen van de patiënt of omdat de patiënt niet met gezicht in beeld in de opgenomen video te zien was. Van de 36 geïnccludeerde gesprekken betroffen er 7 een slechtnieuwsgesprek. In deze gesprekken bleek de uitslag, anders dan verwacht, toch kwaadaardig te zijn en waren verdere vervolgstappen noodzakelijk. De

overige gesprekken kunnen worden aangemerkt als goednieuws gesprekken, waarin in de meeste gevallen sprake was van relatief goed nieuws, de operatie geslaagd was en er niet meer kwaadaardige cellen of uitzaaiing van de kanker werd gevonden dan verwacht.

Alle consulten die in dit onderzoek zijn geanalyseerd, zijn vastgelegd op video. Zowel de face-to-face consulten als de videoconsulten zijn opgenomen met behulp van twee camera's per gesprek. Bij de face-to-face consulten was één camera gericht op de patiënt en één camera gericht op de arts, waardoor de non-verbale communicatie van beide gesprekspartners afzonderlijk kon worden geregistreerd. Ook de videoconsulten zijn opgenomen met twee camera's, maar in dit geval stonden beide camera's opgesteld in de ruimte van de arts. Eén camera registreerde de arts zelf, terwijl de andere camera gericht was op het beeldscherm waarop de arts de patiënt zag. Hierdoor werd zowel het gedrag van de arts als het beeld van de patiënt zoals dat bij de arts aankwam vastgelegd. Voor dit onderzoek is het camerabeeld dat de reacties van de patiënt registreerde gebruikt.

Voor alle 36 consulten die in dit onderzoek zijn geïnccludeerd is het uitleggedeelte van de arts afzonderlijk geselecteerd en gecodeerd. De gemiddelde duur van het uitleggedeelte was 3.07 minuten voor face-to-face consulten ( $M = 3.07$ ,  $SD = 1.45$ , range = 5.48 (min. 0.52 – max. 6.00) en 3.04 minuten voor videoconsulten ( $M = 3.04$ ,  $SD = 1.37$ , range = 4.49 (min. 1.05 – max. 5.54). Er werd geen significant verschil gevonden in de gemiddelde duur van het uitleggedeelte tussen de twee modaliteiten ( $t(34) = 0.07$ ,  $p = .946$ ).

### 3.3 Procedure

De opnames werden gebruikt in hun oorspronkelijke vorm. De codering gebeurde op basis van de video-opnamen met behulp van het annotatieprogramma ELAN (The Language Archive, Max Planck Institute for Psycholinguistics, 2025). Enkel de uitlegfase van de arts werd geanalyseerd om de vergelijkbaarheid tussen consulten te vergroten.

De eerste stap in de procedure was het selecteren en afbakenen van de relevante fragmenten uit de videodata. Per consult werd bepaald waar de uitlegfase van de arts begon en eindigde. In dit onderzoek is de uitleg van de arts gedefinieerd als de delen van het consult waarin de arts gericht medische informatie met betrekking tot de uitslag van het onderzoek overdraagt aan de patiënt. De uitlegfase start bij de uitslag van het onderzoek, dit is in de meeste gevallen na de begroeting, agendavorming en eerste inventarisatie. De fase eindigt wanneer het gesprek overgaat in een ander interactiepatroon, zoals gezamenlijke besluitvorming, het bekijken van de wond, vragen van de patiënt over vervolgbehandelingen of huidige klachten,

smalltalk of organisatorische communicatie. Daarbij hoeft uitleg niet onafgebroken door de arts uitgesproken te worden, korte vragen of reacties kunnen voorkomen binnen het uitlegsegment, zolang de bijdrage van de arts als een samenhangende informatieve sequentie te interpreteren is. Als de arts bijvoorbeeld een uitleg start en vervolgens wordt onderbroken door een patiëntvraag, hierna verdergaat met het beantwoorden van die vraag in lijn met de oorspronkelijke uitleg, dan wordt dit als één uitlegsegment beschouwd. Alleen deze afgebakende uitlegfases zijn meegenomen in de verdere analyse. Binnen deze geselecteerde fragmenten zijn de continuers van patiënten gecodeerd via het programma ELAN.

### 3.4 Coderingscriteria

Tijdens het coderen zijn de continuers gecodeerd. Een continuer is in dit onderzoek operationeel gedefinieerd als een korte, verbale of non-verbale respons van de patiënt die geen inhoudelijke bijdrage levert aan het gesprek, maar aangeeft dat hij of zij luistert en de arts aanmoedigt om door te gaan, zonder zelf een spreekbeurt te nemen (Goodwin, 1986). In dit onderzoek zijn de continuers geoperationaliseerd in twee niveaus: verbaal (V) en non-verbaal (NV). Voor de non-verbale signalen worden er twee bewegingen gecodeerd, knikken als het gaat om een herkenbare neerwaartse-opwaartse hoofdbeweging (ja knikken, zonder dat het een reactie is) en nee schudden bij zijwaartse hoofdbeweging (nee schudden, zonder dat het een reactie is) (Blomsma et al., 2024).

Op basis van de literatuur (Goodwin, 1986; Ward & Tsukahara, 2000) zijn verbale continuers in dit onderzoek gedefinieerd aan de hand van de volgende coderingscriteria:

- Syntactische kenmerken: De uiting bestaat uit één of enkele woorden of klanken (zoals 'hm-hm', 'ja', 'mmm', andere opties zijn ook mogelijk) en vormt geen grammaticaal complete zin. Voorbeeld: Arts: 'En dan gaan we over zes weken een nieuwe CT-scan maken.' Patiënt: 'Hm-hm.'
- Prosodische kenmerken: De intonatie is neutraal of licht stijgend, maar niet vragend en zonder nadruk die suggereert dat de spreker de beurt wil overnemen. Voorbeeld: Arts: 'Je bloedwaarden zijn goed, dat betekent dat het goed herstelt.' Patiënt: 'Ja.' (vlak uitgesproken, geen toonval die duidt op een vraag)
- Pragmatische functie: De uiting of gedrag dient enkel ter ondersteuning van de spreker, zonder inhoudelijke respons of vraag. Voorbeeld: Arts: 'Dus we houden het de komende tijd even in de gaten.' Patiënt: 'Oké.'

Niet alle korte responsen van de patiënt zijn beschouwd als continuers. De volgende gevallen vielen buiten de codering:

- Inhoudelijke responsen: Wanneer de patiënt reageert met een inhoudelijke opmerking, zoals een nieuwe vraag, een mening of een toelichting, wordt dit niet als continuër gezien. Voorbeeld: Arts: ‘We houden het de komende tijd je bloed in de gaten.’ Patiënt: ‘Oh, moet ik dan nog extra bloed laten prikken?’
- Beurtclaims: Signalen die duidelijk een poging tot het overnemen van de beurt inhouden, zoals het opsteken van een hand of een vragende intonatie. Voorbeeld: Patiënt: ‘Maar ik had de vorige keer toch last van die bijwerkingen?’
- Bevestigingen met nadruk of evaluatie: Wanneer een uiting als ‘ja’ of ‘oké’ met nadruk wordt uitgesproken of vergezeld gaat met een evaluatieve strekking (‘ja precies’ of ‘oké, dat klinkt goed’).
- Vulling of zelfspraak: Uitspraken die eerder onderdeel zijn van zelfspraak of aarzeling vallen niet onder continuers. Voorbeeld: Patiënt: ‘Ehm, oh is dat zo.’

Per consult zijn het totaal aantal continuers genoteerd, het aantal verbale continuers en het aantal non-verbale continuers. In het geval dat een patiënt tegelijkertijd een verbale en non-verbale continuër gaf, zijn deze beiden los van elkaar geannoteerd. Deze getallen vormden de basis van de kwantitatieve analyse, waarbij verschillen in frequentie en vorm van continuers tussen face-to-face consulten en videoconsulten zijn vergeleken.

### 3.5 Intercodeerbetrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van de codering te waarborgen, is een deel van de data ( $n=8$ , 4 face-to-face consulten en 4 videoconsulten) beoordeeld door een tweede codeur. De annotaties zijn uitgevoerd in het programma ELAN. De intercodeerbetrouwbaarheid is bepaald door twee sets annotaties samen te voegen (mergen) in ELAN en handmatig de gelijke annotaties te tellen. Er is voor gekozen de annotaties handmatig te tellen in plaats van het met de automatische manier van ELAN te berekenen doordat kleine verschillen in annotatietijd niet als dezelfde annotatie werden erkend, terwijl dit wel het geval bleek te zijn. Er werd gerekend met procentuele overeenkomst, waarbij gekeken is naar het aantal continuers dat door beide codeurs als gelijk werd gecodeerd. Een continuër werd als ‘gelijk’ beschouwd wanneer beide codeurs binnen dezelfde gespreksuiting dezelfde luisterfeedback hadden gecodeerd, ongeacht kleine timingverschillen. Dit houdt in dat verschillen in het exacte annotatietijdstip toegestaan waren, mits beide codeurs daarmee dezelfde luisterhandeling bedoelden. Een voorbeeld is als een knik

werd geannoteerd als één continuer, kon het voorkomen dat de ene codeur het begin van de knik annoteerde en de andere het midden, terwijl dezelfde uiting werd bedoeld. Of een continuer als ‘dezelfde’ werd beschouwd is handmatig bepaald op basis van videobeoordeling. Werd op dat moment maar één continuer door de patiënt gegeven en beide codeurs hadden deze geannoteerd, al dan niet met een klein timingsverschil, werd dit als overeenkomst gezien.

De procentuele overeenkomst is per vorm van continuer (verbaal of non-verbaal) berekend door het totaal aantal gelijk gecodeerde (verbale of non-verbale) continuers te delen door het totaal aantal continuers van beide codeurs binnen dezelfde vorm. De totale intercodeerbetrouwbaarheid is berekend door het totaal aantal gelijke gecodeerde continuers (verbale + non-verbale) gedeeld door het totaal aantal gecodeerde continuers van beide vormen samen. De intercodeerbetrouwbaarheid bedroeg in totaal 76.5%, wat betekent dat in dit percentage van de gevallen twee onafhankelijke codeurs hetzelfde oordeel hebben gegeven over welke continuers er in het materiaal aanwezig waren. Voor verbale continuers was de overeenkomst 77.7% en voor non-verbale continuers 75.4%. Hoewel de betrouwbaarheid bij verbale continuers iets lager lag, werd alsnog de algemeen aanvaarde ondergrens van 60% gehaald. Voor de uiteindelijke analyses zijn de coderingen van de eerste codeur (de onderzoeker) gebruikt, om consistentie in de dataverwerking te waarborgen.

### 3.6 Statistische analyse

Voor de toetsing van verschillen in het gebruik van continuers tussen face-to-face consulten en videoconsulten is gebruik gemaakt van onafhankelijke t-toetsen, met een significantieniveau van  $\alpha = .05$ . De analyses zijn uitgevoerd in IBM SPSS Statistics (versie 27). De eenheid van analyse was het individuele consult (per patiënt). Omdat elk consult uitsluitend tot één van de twee condities behoorde, zijn de steekproeven als onafhankelijk beschouwd. Voorafgaand aan de toetsing zijn de assumpties van normaliteit en homogeniteit van varianties gecontroleerd. Vervolgens is er per hypothese een onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd:

- Eén voor het absolute aantal continuers
- Eén voor de relatieve verdeling tussen verbale en non-verbale continuers

## 4. Resultaten

### 4.1 Beschrijvende statistieken

Tabel 1 toont de gemiddelden, standaarddeviaties en aantallen per groep voor de twee afhankelijke variabelen, het absolute aantal continuers dat patiënten gebruikten tijdens de uitleg van de arts, en de proportionele verdeling tussen verbale en non-verbale continuers. De gegevens zijn uitgesplitst naar de twee modaliteiten (face-to-face consulten en videoconsulten).

**Tabel 1**

*Beschrijvende Statistiek van de Resultaten*

Afhankelijke variabele	Modaliteit	M	SD	N
Aantal continuers	Face-to-face	25.24	10.57	17
	Video	18.11	8.36	19
	Totaal	21.47	10	36
Proportie verbale continuers	Face-to-face	0.42	0.10	17
	Video	0.41	0.13	19
	Totaal	0.42	0.12	36
Proportie non-verbale continuers	Face-to-face	0.58	0.10	17
	Video	0.59	0.13	19
	Totaal	0.59	0.12	36

### 4.2 Assumpties

Voor alle onderzochte variabelen is eerst getoetst of werd voldaan aan de statistische assumpties die vereist zijn voor het uitvoeren van een onafhankelijke t-toets. Met behulp van de Shapiro-Wilk test is vastgesteld dat de verdelingen van de variabelen niet significant afweken van een normale verdeling (alle  $p$ -waarden  $\geq .38$ ). Dit impliceert dat de aanname van normaliteit niet werd geschonden, en dat de data als normaal verdeeld kunnen worden beschouwd. Daarnaast werd de homogeniteit van varianties tussen de twee onderzoeksgroepen, face-to-face consulten en videoconsulten, geëvalueerd met behulp van de Levene's test. Deze toets gaf aan dat de varianties homogeen waren (alle  $p$ -waarden  $\geq .11$ ), wat betekent dat er geen significant verschil in spreiding tussen de groepen werd gevonden. Daarmee werd ook voldaan aan de tweede belangrijke aanname voor het gebruik van parametrische toetsen, namelijk die van gelijke

varianties.

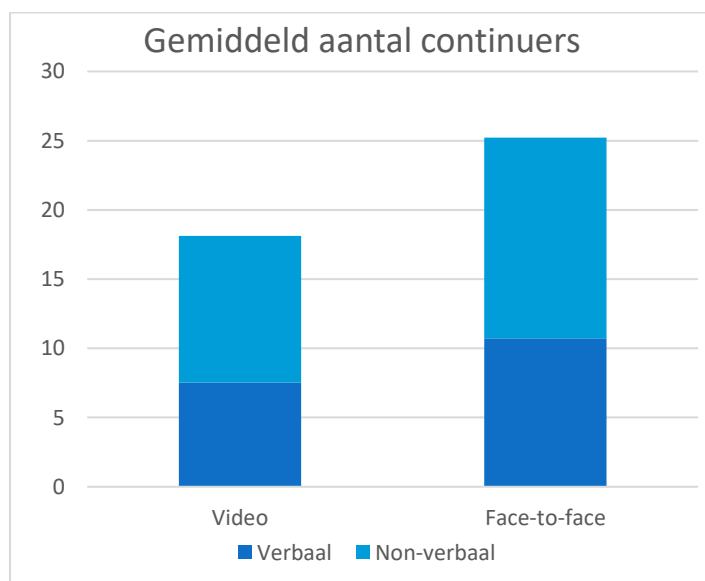
### 4.3 Onafhankelijke t-toetsen

Er zijn twee onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd om te onderzoeken of het gebruik van continuers door patiënten verschilt per modaliteit tijdens de uitleg van de arts. De eerste toets betrof het absolute aantal continuers per consult. Hieruit bleek dat patiënten in face-to-face consulten significant vaker continuers gaven dan in videoconsulten, met een gemiddeld verschil van 7.13, 95% BI [0.71, 13.55],  $t(34) = 2.6$ ,  $p = .03$ . Er was sprake van een groot effect,  $d = 0.79$ . Het gemiddeld aantal continuers door patiënten was hoger in face-to-face consulten ( $M = 25.24$ ,  $SD = 10.57$ ) dan in videoconsulten ( $M = 18.11$ ,  $SD = 8.36$ ).

De tweede onafhankelijke t-toets richtte zich op de relatieve verdeling tussen verbale en non-verbale continuers. Hierbij werd gekeken naar het aandeel non-verbale en verbale continuers ten opzichte van het totaal. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de twee modaliteiten, gemiddeld verschil is 0.01, 95% BI [-0.07, 0.09],  $t(33) = 0.31$ ,  $p = .76$ . Er was sprake van een klein effect,  $d = 0.1$ . Face-to-face consulten ( $M = 0.42$ ,  $SD = 0.10$ ) en videoconsulten ( $M = 0.41$ ,  $SD = 0.13$ ) vertoonden vergelijkbare proporties verbale continuers. Aangezien de proportie non-verbale continuers het complement vormt van de verbale continuers (samen optellend tot 100%), laten deze resultaten ook zien dat de verdeling tussen verbale en non-verbale continuers nagenoeg gelijk was in beide modaliteiten, zoals te zien in figuur 1.

#### Figuur 1

*Gemiddeld Aantal Non-verbale en Verbale Continuers in Face-to-face Consulten en Videoconsulten*



## 5. Conclusie en discussie

Dit onderzoek richtte zich op het gebruik van continuers door patiënten in medische consulten en onderzocht of dit verschilt tussen face-to-face consulten en videoconsulten. Daarbij is gekeken naar zowel de frequentie als de vorm van continuers (verbale vergeleken met non-verbale continuers). Op basis hiervan zijn twee hypothesen opgesteld die elk een specifiek aspect van het gebruik van continuers onderzoeken.

### 5.1 Hypothese 1

De eerste hypothese richtte zich op de verwachting dat in videoconsulten vaker gebruik maken van continuers dan in face-to-face consulten. Deze verwachting was gebaseerd op eerdere onderzoeken die aantoonde dat gesprekspartners een verhoogd gebruik van continuers lieten zien in videoconsulten, onder andere door het ontbreken van fysiek contact en vertragingen op het netwerk (Halbe, 2012; Tachakra & Rajani, 2002; Templeton et al., 2022; Wei Yeng Shek, 2021). Dit zou zich kunnen uiten in een hoger gebruik van continuers om te laten blijken dat de luisteraar de informatie begrijpt en actief luistert. De resultaten van het onderzoek toonden echter een tegenovergesteld beeld, het aantal continuers bleek juist significant hoger te zijn in face-to-face consulten dan in videoconsulten. Deze resultaten verschillen met de eerdergenoemde onderzoeken. Een verklaring voor deze verschillen kan zijn dat het in dit onderzoek gaat om ecologische gesprekken tussen arts en patiënt over een onderwerp dat gaat over de cruciale gezondheid van de luisteraar, terwijl in de eerdere onderzoeken vergaderingen en medische overleggen geanalyseerd werden (Halbe, 2012; Tachakra & Rajani, 2002; Wei Yeng Shek, 2021).

Het resultaat van dit onderzoek geeft aan dat patiënten tijdens fysieke consulten vaker continuers geven dan wanneer ze via een beeldscherm met hun arts communiceren. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in de beleving van de interactie tijdens videoconsulten. Uit eerder onderzoek blijkt dat zowel zorgverleners als patiënten videoconsulten vaak als minder vloeiend en minder natuurlijk ervaren dan face-to-face consulten (Barbosa & Silva, 2017; Gorawara-Bhat et al., 2007). Deze minder natuurlijke gespreksdynamiek kan ertoe leiden dat patiënten zich minder ontspannen of betrokken voelen, waardoor zij terughoudender kunnen zijn in het geven van kleine, bevestigende signalen tijdens het luisteren. Een aanvullende verklaring is dat beurtwisselingen in videoconsulten complexer zijn door vertraging en beperkte non-verbale signalen (Seuren et al., 2021). Hierdoor kunnen patiënten aarzelen om verbale continuers te geven uit angst dat zij daarmee de indruk wekken het woord te willen nemen, wat

tot onderbrekingen of verwarring zou kunnen leiden. Die onzekerheid kan tot meer stilte leiden, zonder dat dit wijst op een lagere betrokkenheid. Een andere mogelijkheid is dat het lagere aantal continuers niet zozeer voortkomt uit terughoudendheid, maar uit aanpassingen aan de interactie, patiënten passen zich mogelijk aan, aan de communicatiestijl van het videoconsult en vermijden subtiele signalen die mogelijk niet goed overkomen via video. Tegelijkertijd kan het ook zo zijn dat het gevonden verschil juist wel op een effect wijst, namelijk dat videoconsulten daadwerkelijk minder ruimte bieden voor spontane luistersignalen vanwege beperkingen in de manier van communiceren of de beperkte sociale aanwezigheid (Heath & Luff, 1991). In dat geval zou de modaliteit zelf dus van invloed kunnen zijn op hoe betrokkenheid wordt geuit en waargenomen.

Een andere belangrijke overweging bij het interpreteren van deze resultaten is de context van het onderzoek. De consulten vonden plaats in een oncologische setting, waarbij een deel van de gesprekken bestond uit het brengen van slecht nieuws. In zulke situaties ervaren patiënten vaak stress, onzekerheid of overweldiging (Pino et al., 2017), wat kan leiden tot teruggetrokken gedrag of een verminderde neiging om actief luistergedrag te tonen. In face-to-face consulten kunnen signalen van de arts bijdragen aan een gevoel van veiligheid en verbondenheid, waardoor patiënten zich vrijer kunnen voelen om te reageren met continuers. In een aantal videoconsulten in dit onderzoek was er op sommige momenten een kleine hapering of storing, waardoor de arts de zin moest herhalen of moest vragen of de patiënt zichzelf wilde herhalen. Deze beperking van beeld- en geluidskwaliteit en fysieke afstand kan het geven van continuers door patiënten juist remmen (Seuren et al., 2021).

### 5.3 Hypothese 2

De tweede hypothese richt zich op de verwachting dat patiënten in videoconsulten relatief vaker gebruikmaken van verbale dan non-verbale continuers, vergeleken met patiënten in face-to-face consulten. Deze hypothese werd niet bevestigd. De verdeling tussen verbale en non-verbale continuers bleek nagenoeg gelijk in beide modaliteiten. Dit suggereert dat het type continuers dat patiënten gebruiken niet sterk samenhangt met de modaliteit. Op basis van eerdere literatuur werd verwacht dat patiënten in videoconsulten relatief vaker gebruik zouden maken van verbale dan van non-verbale continuers, onder andere door het compenseren van de verminderd zichtbare non-verbale signalen en vertraging in het netwerk van een videoconsult (Halbe, 2012; Tachakra & Rajani, 2002; Wei Yeng Shek, 2021). Deze gelijke verhouding van verbale continuers vergeleken met non-verbale continuers tussen de modaliteiten kan erop wijzen dat

patiënten in videoconsulten manieren vinden om non-verbaal betrokkenheid te tonen, ondanks beperkingen in het kanaal. Denk bijvoorbeeld aan duidelijke hoofdbewegingen die toch zichtbaar zijn voor de arts. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten in beide modaliteiten een sociale norm voelen om actieve betrokkenheid bij het gesprek te tonen. Zeker in medische context, waarin patiënten afhankelijk zijn van de uitleg en expertise van de arts, willen zij bevestigen dat zij luisteren en het begrijpen.

Een aanvullende verklaring voor de gelijke verdeling tussen verbale en non-verbale continuers per modaliteit kan liggen in de aard en toon van de consulten. In deze medisch-specialistische gesprekken na een tumorresectie bevonden patiënten zich vrijwel altijd in een luisterende rol, waarbij de arts langere stukken sprak en de patiënt vooral ontvangend was. Ook wanneer de uitkomst van de operatie positief was, ging het in de meeste gevallen nog steeds om oncologische problematiek. De thematiek bleef daardoor zwaar en emotioneel beladen, wat mogelijk leidde tot terughoudendheid in het geven van luistersignalen. In een beperkt aantal gesprekken ( $n = 7$ ) was expliciet sprake van een slechtnieuwsgesprek, waarin patiënten soms nauwelijks nog reacties gaven. Ook in andere gesprekken werd zichtbaar dat de ernst van de situatie patiënten stil maakte. Deze gedeelde gespreksdynamiek zou kunnen verklaren waarom er geen verschil is gevonden in de verhouding tussen verbale en non-verbale continuers, in beide modaliteiten lijken patiënten even terughoudend in het geven van luisterfeedback, ongeacht de vorm.

### 5.3 Hoofdvraag

Op de hoofdvraag, hoe de relatieve frequentie en vorm van continuers, gegeven door patiënten tijdens de uitleg van de arts in face-to-face consulten verschillen ten opzichte van videoconsulten, kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een verschil in frequentie, maar niet in de vorm. De resultaten laten zien dat patiënten in face-to-face consulten gemiddeld vaker gebruik maken van continuers dan in videoconsulten. Dit verschil geldt voor zowel verbale als non-verbale continuers, beide typen komen minder vaak voor in videoconsulten. Wat betreft de vorm is er echter geen verschil gevonden in de relatieve verdeling tussen verbale en non-verbale continuers. De verhouding tussen deze twee typen blijft dus consistent over de modaliteiten heen. Dit suggereert dat patiënten in videoconsulten niet selectief overschakelen op een andere vorm van continuers, maar in het algemeen terughoudender zijn in hun luisterreacties.

#### 5.4 Intercodeerbaarheid

In dit onderzoek is gewerkt met vooraf opgestelde coderingscriteria om het gebruik van continuers op een systematische en reproduceerbare manier te analyseren. Daarnaast is de intercodeerbaarheid vastgesteld om de mate van overeenstemming tussen codeurs te toetsen. De totale intercodeerbaarheid kwam uit op 76.5%, met een betrouwbaarheid van 77.7% voor verbale continuers en 75.4% voor non-verbale continuers. Hoewel deze percentages doorgaans als acceptabel worden beschouwd, blijven ze onder de vaak gehanteerde streefwaarde van 80% die wordt gezien als indicatie voor een goede tot zeer goede betrouwbaarheid. De relatief lagere betrouwbaarheid bij de verbale continuers suggereert dat deze categorie mogelijk minder consistent is gecodeerd. Dit kan te maken hebben met de aard van verbale continuers, die vaak zacht, overlappend of in combinatie met andere spraaksignalen worden uitgesproken. Bovendien kunnen ze lastig te onderscheiden zijn van bijvoorbeeld instemmende antwoorden of minimale responsen die niet per se als continuer bedoeld zijn. Hierdoor ontstaat ruimte voor interpretatie, wat leidt tot verschillen tussen codeurs. Bij non-verbale continuers, zoals knikken of nee schudden, kunnen eveneens interpretatieverschillen optreden zoals bij subtiele of trage bewegingen, maar de visuele aard ervan maakt ze in sommige gevallen juist makkelijker herkenbaar. De mate van subjectiviteit benadrukt het belang van transparantie in de codering en van het kritisch reflecteren op de betrouwbaarheid van de analyses, zoals in dit onderzoek is gedaan.

#### 5.5 Beperkingen huidig onderzoek

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt in het gebruik van continuers door patiënten in medische context, kent het ook enkele beperkingen die bij de interpretatie van de resultaten in overweging moeten worden genomen. Een eerste beperking betreft de omvang van de steekproef. De analyses zijn gebaseerd op een relatief klein aantal consulten, in totaal 36, waarvan 17 face-to-face en 19 video. Een dergelijke steekproefgrootte kan de statistische power van het onderzoek beperken, met name bij het detecteren van kleine effecten. Wanneer de steekproefomvang beperkt is, neemt de kans op een type 2-fout toe, namelijk het niet detecteren van een effect dat in werkelijkheid wel bestaat. Hoewel het mogelijk is dat met een grotere steekproef subtiele verschillen tussen de modaliteiten wel significant waren geworden, moet worden opgemerkt dat de gevonden verschillen klein zijn. De effectgroottes suggereren geen patroon dat wijst op een inhoudelijk relevant verschil, waardoor het onwaarschijnlijk is dat het uitblijven van significantie uitsluitend komt door een gebrek aan statistische power. Bovendien

beperkt de beperkte steekproefomvang de mogelijkheid om deelanalyses uit te voeren, bijvoorbeeld op basis van patiëntkenmerken of type consult (leeftijd, digitale ervaring) of gesprekstype (slechtnieuwsgesprek, fase van ziekteproces). Mogelijk beïnvloeden verschillen in gespreksfase en inhoud het luistergedrag van patiënten. Bijvoorbeeld in slechtnieuwsgesprekken kan een luisteraar andere luisterfeedback geven dan in een goednieuwsgesprek (Dias et al., 2003). In dit onderzoek was er echter geen duidelijke scheefverdeling: van de zeven slechtnieuwsgesprekken vonden er vier plaats in face-to-face consulten en drie in videoconsulten. Het is daarom onwaarschijnlijk dat verschillen in gespreksinhoud de gevonden effecten verklaren.

Een tweede beperking bij het interpreteren van de resultaten betreft het gebrek aan vergelijkbare eerdere studies binnen dezelfde medische context. Specifiek is er weinig tot geen onderzoek gedaan naar het gebruik van continuers door patiënten tijdens medische consulten. Bestaande studies naar continuers in de medische videocommunicatie richtten zich voornamelijk op huisartsconsulten of telefonische interacties. Dit bemoeilijkt het plaatsen van de resultaten in een breder wetenschappelijk kader en beperkt de mogelijkheid om bevindingen te vergelijken of te toetsen aan bestaande inzichten. Hierdoor is het generaliseren van de uitkomsten naar andere typen medische consulten of patiëntgroepen minder mogelijk.

Een andere beperking is dat dit onderzoek gebruikmaakt van bestaande video-opnames, die oorspronkelijk zijn verzameld voor ander onderzoek. Hierdoor kon bij de selectie geen invloed worden uitgeoefend op relevante kenmerken zoals gespreksduur, gespreksinhoud of patiëntkenmerken. Dit beperkt de mogelijkheid om systematisch te onderzoeken of en hoe dergelijke factoren het gebruik van continuers beïnvloeden. Tegelijkertijd is dit ook een kracht van het onderzoek, de gesprekken zijn namelijk opgenomen in een natuurlijke zorgcontext en geven een realistisch beeld van de interactie tussen de arts en de patiënt. Juist in onderzoek naar het gebruik van continuers, is ecologische validiteit van groot belang omdat deze signalen afhankelijk kunnen zijn van de context. Volledig gestandaardiseerde of gesimuleerde consulten zouden deze realistische dynamiek mogelijk verstoren en daarmee juist afbreuk doen aan de generaliseerbaarheid naar de dagelijkse praktijk.

Een aanvullende beperking betreft de categorisatie van continuers als verbaal of non-verbaal. Hoewel deze onderverdeling gebaseerd is op duidelijke definities, bevinden sommige continuers zich in de praktijk op het grensvlak van beide categorieën, waardoor classificatie niet altijd eenduidig is. Een voorbeeld hiervan is het geluid 'hm-hm', dat in de literatuur vaak wordt beschouwd als een verbale continuer. Tijdens het coderen bleek dit signaal echter soms zo zacht of subtiel dat het qua vorm en waarneming dichter tegen non-verbale signalen

aanleunde. Hierdoor is de afbakening tussen verbaal en non-verbaal niet altijd strikt te hanteren, wat invloed kan hebben gehad op de uiteindelijke codering. Daarnaast waren er ook beperkingen in de praktische uitvoerbaarheid van de codering. In sommige opnames was het geluidsniveau laag of werd een mogelijk luistersignaal overstemd door achtergrondgeluid of de stem van de arts, waardoor niet met zekerheid kon worden vastgesteld of het signaal daadwerkelijk werd geproduceerd. Ook non-verbale continuers, zoals knikken, bleken niet altijd goed detecteerbaar. In verschillende videoconsulten was slechts een deel van het hoofd van de patiënt zichtbaar, of was het beeld klein of van matige kwaliteit. Hierdoor was het soms moeilijk te beoordelen of een subtiele hoofdbeweging een intentionele luisterreactie betrof, of slechts een spontane of automatische beweging zonder communicatieve functie. Deze onzekerheden in observatie en interpretatie vormen een belangrijke kanttekening bij de betrouwbaarheid van de codering.

De laatste beperking betreft de intercodeerbetrouwbaarheid van de geanalyseerde data. In dit onderzoek is gewerkt met heldere, afgebakende coderingscriteria en de intercodeerbetrouwbaarheid is vastgesteld. De totale intercodeerbetrouwbaarheid bedroeg 76.5%, met 77.7% voor verbale continuers en 75.4% voor non-verbale continuers. Deze percentages worden in veel onderzoeken als acceptabel beschouwd, maar de blijven onder de gewenste grens van 80% die doorgaans wordt nagestreefd voor robuuste betrouwbaarheid. De relatief lagere betrouwbaarheid bij verbale continuers wijst erop dat deze categorie mogelijk minder consistent is gecodeerd. Een mogelijke verklaring is dat verbale continuers vaak zacht of overlappend worden uitgesproken, wat hun detectie bemoeilijkt. Bovendien bevinden sommige signalen zich op het grensvlak tussen verbaal en non-verbaal gedrag, wat interpretatieverschillen kan veroorzaken. Ondanks zorgvuldige definities en training van codeurs blijft subjectiviteit daardoor een factor van invloed.

## 5.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zou het onderzoek kunnen uitbreiden met een grotere en beter gebalanceerde steekproef. Door het aantal consulten per modaliteit te verhogen, kunnen toekomstige studies robuustere uitspraken doen over mogelijke verschillen in het gebruik van continuers door patiënten. Een grotere steekproef verhoogt de statistische kracht van het onderzoek en maakt het mogelijk om subgroepen te vergelijken, bijvoorbeeld op basis van leeftijd, digitale vaardigheid of medische achtergrond. Voor de praktijk betekent dit dat meer inzicht ontstaat in voor welke patiëntgroepen videoconsulten goed werken en voor wie mogelijk extra

ondersteuning nodig is om actief te kunnen deelnemen aan het gesprek.

Daarnaast zou vervolgonderzoek baat hebben bij een systematische differentiatie naar type consult. In de huidige studie is de inhoudelijke aard van het gesprek van tevoren niet gecontroleerd. Dit kan relevant zijn omdat de emotionele lading van een gesprek het interactiepatroon kan beïnvloeden. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat patiënten zich in zwaarbeladen gesprekken geneigd voelen om terughoudender te zijn terwijl zij in minder beladen gesprekken juist actiever zouden hebben gereageerd. Voor de praktijk is het van belang om te overwegen of videoconsulten geschikt zijn voor alle soorten gesprekken. Als het blijkt dat bepaalde typen consulten, zoals slechtnieuwsgesprekken, vaker leiden tot gereserveerdheid in een digitale setting dan zou dit een aanleiding kunnen zijn om dergelijke gesprekken eerder in face-to-face consulten te houden.

Een vervolgonderzoek aan de hand van een gespreksanalyse zou waardevol zijn om inzicht te krijgen in de beleving van patiënten tijdens videoconsulten. Interviews of focusgroepen kunnen inzicht geven in hoe patiënten hun eigen luistergedrag ervaren en in hoeverre zij zich bewust zijn van het geven van verbale of non-verbale continuers. Daarnaast kunnen zij toelichten welke barrières zij ervaren bij het uiten van dergelijke signalen, bijvoorbeeld tijdens een videoconsult. Omdat continuers vaak onbewust worden gegeven, is het mogelijk dat patiënten zich niet altijd realiseren wanneer of hoe zij deze luisterreacties geven. Toch kan een gespreksanalyse waardevolle informatie opleveren over belemmeringen en gevoelens van vrijheid om zich te uiten tijdens consulten. Deze verdieping kan verklaren waarom patiënten mogelijk minder vaak continuers inzetten tijdens een videoconsult en kan richting geven aan interventies om het gesprek aan beide kanten vloeiender te laten verlopen. Voor de praktijk betekent dit dat zorgverleners zich bewust zouden moeten zijn van mogelijke terughoudendheid bij patiënten in videoconsulten en dat er ruimte is voor het verbeteren van communicatie in deze gesprekken, door bijvoorbeeld het geven van communicatieve instructies, het optimaliseren van techniek of het trainen van digitale gespreksvaardigheden.

Tot slot zou toekomstig onderzoek kunnen investeren in het verder verhogen van de intercodeerbetrouwbaarheid bij de analyse van continuers. In de huidige studie is gewerkt met duidelijke coderingscriteria, met twee codeurs en was de betrouwbaarheid boven de norm. Ondanks deze maatregelen is de betrouwbaarheid onder strikte normen nog steeds matig, namelijk onder de 80% voor een goede beoordeling, terwijl het wel boven de grens van 60% van een acceptabele beoordeling zit. Dit benadrukt het belang van een transparant en goed afgestemd coderingsproces. Aanbevolen wordt om in vervolgonderzoek te werken met meerdere codeurs die onafhankelijk coderen, aangevuld met structurele afstemmingsmomenten

om interpretatieverschillen tijdig te signaleren. Een verhoogde betrouwbaarheid van de codering draagt niet alleen bij aan de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek, maar helpt ook om communicatiepatronen preciezer in kaart te brengen. Dit is van directe waarde voor de praktijk, waar beter inzicht in luistergedrag kan bijdragen aan effectievere communicatie tussen arts en patiënt, zowel in face-to-face consulten als in videoconsulten.

## Literatuurlijst

- Barbosa, I. de A., & Silva, M. J. P. da. (2017). Nursing care by telehealth: What is the influence of distance on communication? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 928-934. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>
- Barsom, E. Z., Jansen, M., Tanis, P. J., Van De Ven, A. W. H., Blussé Van Oud-Alblas, M., Buskens, C. J., Bemelman, W. A., & Schijven, M. P. (2021). Video consultation during follow up care: Effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer. *Surgical Endoscopy*, 35(3), 1278-1287. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07499-3>
- Blanch-Hartigan, D., Ruben, M. A., Hall, J. A., & Schmid Mast, M. (2018). Measuring nonverbal behavior in clinical interactions: A pragmatic guide. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2209-2218. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.013>
- Blomsma, P., Vaitonyté, J., Skantze, G., & Swerts, M. (2024). Backchannel behavior is idiosyncratic. *Language and Cognition*, 16(4), 1158-1181. <https://doi.org/10.1017/langcog.2024.1>
- Bögels, S., Magyari, L., & Levinson, S. C. (2015). Neural signatures of response planning occur midway through an incoming question in conversation. *Scientific Reports*, 5(1), 12881. <https://doi.org/10.1038/srep12881>
- Bosch, S. C. van den, Dalen, D. van, Meinders, M., Goor, H. van, Bergé, S., Stommel, M., & Dulmen, S. van. (2024). Outpatient Video Visits During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study of Patients' Experiences and Characteristics. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1), e49058. <https://doi.org/10.2196/49058>
- Chichirez, C., & Purcărea, V. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11(2), 119-122.

- de Kok, I., & Heylen, D. (2010). Differences in listener responses between procedural and narrative task. *Proceedings of the 2nd international workshop on Social signal processing*, 5-10. <https://doi.org/10.1145/1878116.1878121>
- Dias, L., Chabner, B. A., Lynch Jr., T. J., & Penson, R. T. (2003). Breaking Bad News: A Patient's Perspective. *The Oncologist*, 8(6), 587-596.  
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.8-6-587>
- Ford, C. E., Fox, B. A., & Thompson, S. A. (1996). Practices in the construction of turns: The "TCU" revisited. *Pragmatics*, 6(3), 427-454. <https://doi.org/10.1075/prag.6.3.07for>
- Goodwin, C. (1986). Audience diversity, participation and interpretation. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 6(3), 283-316.  
<https://doi.org/10.1515/text.1.1986.6.3.283>
- Gorawara-Bhat, R., Cook, M. A., & Sachs, G. A. (2007). Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 223-234. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.005>
- Gutwin, C., Benford, S., Dyck, J., Fraser, M., Vaghi, I., & Greenhalgh, C. (2004). Revealing delay in collaborative environments. *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 503-510.  
<https://doi.org/10.1145/985692.985756>
- Halbe, D. (2012). "Who's there?": Differences in the Features of Telephone and Face-to-Face Conferences. *The Journal of Business Communication* (1973), 49(1), 48-73.  
<https://doi.org/10.1177/0021943611425238>
- Kawahara, T., Yamaguchi, T., Inoue, K., Takanashi, K., & Ward, N. (2016). Prediction and Generation of Backchannel Form for Attentive Listening Systems. *Interspeech 2016*, 2890-2894. <https://doi.org/10.21437/Interspeech.2016-118>

- Keij, B., Versluis, A., Alblas, E., Keuper, J., van Tuyl, L., & van der Vaart, R. (2024). *E-healthmonitor 2023. Stand van zaken digitale zorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2024-0008>
- Keller, E. (1979). Gambits: Conversational strategy signals. *Journal of Pragmatics*, 3(3-4), 219-238. [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(79\)90032-8](https://doi.org/10.1016/0378-2166(79)90032-8)
- King, K., & Smith, M. (2020, mei 15). Video consulting: Not just a consultation plus tech – BJGP Life. *Video Consulting: Not Just a Consultation plus Tech*. <https://bjgplife.com/video-consulting-not-just-a-consultation-plus-tech/>
- Pino, M., Parry, R., Feathers, L., & Faull, C. (2017). Is it acceptable to video-record palliative care consultations for research and training purposes? A qualitative interview study exploring the views of hospice patients, carers and clinical staff. *Palliative Medicine*, 31(8), 707-715. <https://doi.org/10.1177/0269216317696419>
- Poppe, R., Truong, K. P., & Heylen, D. (2011). Backchannels: Quantity, Type and Timing Matters. In H. H. Vilhjálmsson, S. Kopp, S. Marsella, & K. R. Thórisson (Red.), *Intelligent Virtual Agents* (pp. 228-239). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-23974-8\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-642-23974-8_25)
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4), 696-735. <https://doi.org/10.2307/412243>
- Seuren, L. M., Wherton, J., Greenhalgh, T., & Shaw, S. E. (2021). Whose turn is it anyway? Latency and the organization of turn-taking in video-mediated interaction. *Journal of Pragmatics*, 172, 63-78. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2020.11.005>
- Sjerps, M. J., & Meyer, A. S. (2015). Variation in dual-task performance reveals late initiation of speech planning in turn-taking. *Cognition*, 136, 304-324. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.10.008>

- Skowronek, J., Raake, A., Berndtsson, G. H., Rummukainen, O. S., Usai, P., Gunkel, S. N. B., Johanson, M., Habets, E. A. P., Malfait, L., Lindero, D., & Toet, A. (2022). Quality of Experience in Telemeetings and Videoconferencing: A Comprehensive Survey. *IEEE Access*, *10*, 63885-63931.  
<https://doi.org/10.1109/ACCESS.2022.3176369>
- Stivers, T., Enfield, N. J., Brown, P., Englert, C., Hayashi, M., Heinemann, T., Hoymann, G., Rossano, F., de Ruiter, J. P., Yoon, K.-E., & Levinson, S. C. (2009). Universals and cultural variation in turn-taking in conversation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106*(26), 10587-10592. <https://doi.org/10.1073/pnas.0903616106>
- Stommel, W., Goor, H. van, & Stommel, M. (2019). Other-Attentiveness in Video Consultation Openings: A Conversation Analysis of Video-Mediated Versus Face-to-Face Consultations. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *24*(6), 275-292.  
<https://doi.org/10.1093/jcmc/zmz015>
- Tachakra, S., & Rajani, R. (2002). Social presence in telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *8*(4), 226-230. <https://doi.org/10.1258/135763302320272202>
- Templeton, E. M., Chang, L. J., Reynolds, E. A., Cone LeBeaumont, M. D., & Wheatley, T. (2022). Fast response times signal social connection in conversation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *119*(4), e2116915119.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.2116915119>
- Van der Lee, M. L., & Schellekens, M. P. J. (2020). Bridging the distance: Continuing psycho-oncological care via video-consults during the COVID-19 pandemic. *Psycho-Oncology*, *29*(9), 1421-1423. <https://doi.org/10.1002/pon.5468>
- Van der Vaart, R., Van Deursen, L., Standaar, L., Wouters, M., Suijkerbuijk, A., Van Tuyl, L., Aardoom, A., & Rompelberg, C. (2022). *E-healthmonitor 2021: Stand van zaken*

*digitale zorg*. (p. 40). RIVM. <https://www.rivm.nl/documenten/e-healthmonitor-2021-stand-van-zaken-digitale-zorg>

Van der Vaart, R., Van Tuyl, L., Versluis, A., Wouters, M., & van Deursen, L. (2023). *E-healthmonitor 2022: Stand van zaken digitale zorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2022-0153>

Ward, N., & Tsukahara, W. (2000). Prosodic features which cue back-channel responses in English and Japanese. *Journal of Pragmatics*, 32(8), 1177-1207. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(99\)00109-5](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(99)00109-5)

Wei Yeng Shek W. (2021). Effects of Computer-Mediated Communication on Backchannel Responses: A Comparison across Cantonese, English, Japanese. *ICUWPL*, 15, 73-84.

Wolf, J. P. (2008). The effects of backchannels on fluency in L2 oral task production. *System*, 36(2), 279-294. <https://doi.org/10.1016/j.system.2007.11.007>

# Bijlagen

## Bijlage 1. Intercodeerbetrouwbaarheid

**Tabel 2**

*Getallen Intercodeerbaarheid per Modaliteit*

Bestand	Verbaal totaal	Verbaal gelijk codeerd	Non-verbaal totaal	Non-verbaal gelijk gecodeerd	Totaal continuërs	Totaal gelijk gecodeerd
9	26	21	40	30	66	51
16	11	6	4	4	15	10
23	11	6	16	12	27	18
31	16	10	24	20	40	30
2	30	22	45	36	75	58
12	29	24	23	18	52	42
20	18	16	28	22	46	38
32	38	34	19	8	57	42
Totaal	179	139	199	150	378	289
% van totaal		77.66		75.38		76.46