

Radboud Universiteit



Patiëntparticipatie in video- en reguliere consulten

Een conversatie-analytisch onderzoek naar patiënt-geïnitieerde sequenties, om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop patiënten participeren in een video- vs. een regulier consult.

Elin van Voorst

Radboud Universiteit
Master Communicatie en Beïnvloeding
Masterscriptie

Augustus 2019

Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Patiëntparticipatie in video- en reguliere consulten' over het onderzoek dat ik heb uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Communicatie en Beïnvloeding aan de Radboud Universiteit.

Dit onderzoek zou niet tot stand zijn gekomen zonder de hulp van anderen. Graag richt ik een bijzonder woord van dank aan dr. Wyke Stommel voor haar constructieve feedback, inspiratie en fijne begeleiding tijdens mijn afstudeerperiode. Ook wil ik haar broer, dr. Martijn Stommel bedanken voor het wekken van mijn interesse voor het onderwerp van deze scriptie en dr. Herman Giesbers voor zijn feedback destijds op het onderzoeksvorstel.

Een explorerend onderzoek naar patiëntparticipatie is daarnaast niet mogelijk zonder de inzet van patiënten. Ik bedank hen voor hun waardevolle bijdrage in een waarschijnlijk beangstigende periode in hun leven.

Ook mijn ouders dienen absoluut te worden genoemd. Ondanks dat zij eenzelfde periode doormaken bleven ze geïnteresseerd en ondersteunend tijdens het schrijven van deze scriptie. Dank daarvoor.

Elin van Voorst

Hattem, juli 2019

Samenvatting

In deze studie is middels conversatieanalyse onderzocht op welke wijze patiënten van beurt tot beurt participeren in video- en reguliere consulten, om vervolgens inzichtelijk te kunnen maken of er een verschil is tussen de twee consulttypen. Patiëntparticipatie is hierbij gedefinieerd als 'sequenties die door de patiënt zijn geïnitieerd, om informatie over te brengen op of te verkrijgen van de arts'. Uit de conversatieanalyse is gebleken dat er globaal twee manieren zijn waarop patiënten participatie interactioneel tot stand brengen: door een nieuwe sequentie of een post-sequentie te initiëren. In deze geïnitieerde sequenties verrichten patiënten verschillende handelingen; vragen, doorvragen, vertellingen doen of samenvatten. Patiënten moeten wel de ruimte krijgen, of nemen (door overlap of interruptie) om hun eigen punt in te brengen in de interactie. Met name timing blijkt hierbij invloed te hebben op de manier waarop en wanneer de patiënt een sequentie initieert. In een videoconsult initiëren patiënten veelal een nieuwe of post-sequentie wanneer er een stilte is. Ze nemen met name de beurt wanneer de 'vloer' leeg is, door zichzelf te selecteren als volgende spreker of door door te gaan. In een regulier consult daarentegen, worden sequenties ook op andere wijzen geïnitieerd. Beurtwisseling vindt dan niet enkel na een stilte plaats, maar verloopt ook door interruptie of direct na een mogelijk voltooiingspunt van de vorige spreker. Hieruit blijkt dat het medium dus invloed heeft op de wijze van participatie; in een videoconsult is een stilte vrijwel noodzakelijk voor de patiënt om een participerende uiting te kunnen doen, terwijl een regulier consult ook andere momenten voor participatie biedt. Dit betekent dus dat de verschillende media om verschillende communicatiestijlen vragen. Of specifieker, het medium video lijkt stilte als randvoorwaarde voor participatie te hebben. Uit de huidige studie blijkt dat dit niet de mate van participatie in de weg hoeft te staan. Een videoconsult is daarom een geschikt alternatief voor het reguliere consult.

Inleiding

De laatste jaren heeft er een cultuuromslag plaatsgevonden in het medische domein en specifiek het consult. Er wordt getracht om patiënten meer ruimte te bieden om te participeren, zodat zij samen met de arts de leiding hebben over hun zorgproces (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus & Van Hecke, 2016). Patiëntparticipatie houdt in dat patiënten tijdens het consult hun eigen percepties kenbaar maken aan de arts, door hun zorgen, opinies, verwachtingen, gezondheidservaringen, vragen en suggesties te uiten. Participatie is van belang, omdat het de arts voorziet van belangrijke informatie. De patiënt is immers de bron van kennis omtrent ervaren lichamelijke ongemakken en weet daarnaast wat zijn behoeftes zijn en welke zorgen, vragen en angsten er bij hem spelen. Daarnaast blijkt dat actief participerende patiënten tevredener zijn over de verkregen zorg (Young & Klinge, 1996), meer informatie en steun van behandelaars ontvangen (Street, 1991; Greenfield, Kaplan & Ware, 1985) en zelfs een verbeterde gezondheid ervaren in de periode na het consult (Kaplan, Greenfield & Ware, 1989).

Door te participeren kunnen patiënten dus invloed uitoefenen op de zorg die zij ontvangen. Dit betekent dat door het omarmen van patiëntparticipatie als een strategie, de gezondheidszorg patiëntgericht zou moeten worden. Hierdoor wordt *patient empowerment*, oftewel de capaciteit van de patiënt om kritisch na te denken over de ontvangen zorg en om autonome, weloverwogen beslissingen te maken, bevorderd (Castro et al., 2016; Anderson & Funnel, 2010). Patiëntparticipatie is tegenwoordig zelfs een wettelijk recht en wordt gezien als een internationale standaard die door de zorg en professionals nagestreefd dient te worden (Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessam & Hamszehgardeshi, 2014).

Patiëntgerichte zorg blijkt tevens uit de mogelijkheid om het consult via een 'live' videoverbinding te laten plaatsvinden. De arts en de patiënt kunnen elkaar op afstand spreken, waardoor de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft te komen. Dit brengt diverse voordelen met zich mee, zoals vermindering van reistijd en kosten. Echter, onduidelijk is nog of een videoconsult effect heeft op patiëntparticipatie. Hoewel er al veel onderzoek verricht is naar patiëntparticipatie en medische videoconsulten afzonderlijk, is er nog weinig bekend over de combinatie van en relatie tussen beide. Gezien de voordelige effecten van patiëntparticipatie en de toename van videoconsulten is het verkrijgen van inzicht in de manier waarop patiënten participeren tijdens een videoconsult van belang. Het doel van deze studie is daarom te identificeren op welke wijze patiënten participeren tijdens

medische videoconsultaties, vergeleken met reguliere consulten. Sequenties die door patiënten zijn geïnitieerd worden op conversatie-analytische wijze onderzocht.

Theoretisch kader

Patiëntparticipatie in medische consulten

Patiëntparticipatie

Tijdens een medisch consult is het niet enkel de arts die informatie verstrekt aan de patiënt omtrent diens aandoening en behandeling, ook de patiënt vervult een belangrijke rol. Hoewel de arts de specialist is op medisch vlak, kan de patiënt gezien worden als de expert over zijn eigen lichaam en situatie. De patiënt is immers de bron van kennis omtrent ervaren lichamelijke ongemakken en weet daarnaast wat zijn behoeftes zijn en welke zorgen, vragen en angsten er bij hem spelen (Caron-Flinterman, Broerse & Bunders, 2005). Zowel de medische kennis van de specialist, als deze aanvullende informatie van de patiënt is van belang voor het ontstaan van wederzijds begrip en het maken van rationele beslissingen (Schouten, Meeuwesen, Tromp & Harmsen, 2007). Daarnaast stelt de aanvullende informatie de specialist in staat de patiënt adequaat te informeren en diagnosticeren (Nordin, 2000).

Welke informatie de patiënt bezit wordt inzichtelijk op het moment dat de patiënt zijn kennis deelt. Dit kan zowel op initiatief van de arts (*'physician-prompted'*), als op eigen initiatief. Het communicatieve gedrag van de patiënt dat gericht is op het actief delen van informatie, wordt gedefinieerd als patiëntparticipatie (Street, Gordon, Ward, Krupat & Kravitz, 2005). Dit gedrag bestaat uit diverse handelingen die het perspectief van de patiënt in het consult betrekken. De verbale participatiehandelingen zijn uiteenlopend: uitingen van zorgen, gevoelens en voorkeuren, stellen van vragen, beschrijven van gezondheidservaringen, geven van meningen, doen van suggesties, etcetera (Street, 1991). Het gedrag onthult de overtuigingen, verwachtingen, voorkeuren en behoeften van de patiënt (Vahdat et al., 2014). De gedragingen zijn actieve vormen van participatie, omdat ze de perceptie van de patiënt integreren in de interactie en daarmee de interactie vormgeven en invloed hebben op het gedrag van de arts en diens besluitvorming (Henselmans & Bruinessen, 2014). Hier komt dan ook de verbreding van de definitie van 'patiëntparticipatie' vandaan: in de literatuur wordt inspraak in besluitvorming (in het Engels *'shared decision making'*) ook genoemd als onderdeel van patiëntparticipatie (bijvoorbeeld Guadagnoli & Ward, 1998). In het huidige onderzoek wordt een smalle definitie van patiëntparticipatie gehanteerd: uitingen die door de patiënt zijn geïnitieerd, om informatie over te brengen op of te verkrijgen van de arts.

De arts-patiëntrelatie als determinant voor patiëntparticipatie

In de ideale situatie dient een arts-patiëntinteractie dus een coöperatief proces te zijn, oftewel een interactie die door gezamenlijke participatie tot stand komt. Het vereist dat de patiënt een participerende rol inneemt en zich hier ook toe in staat voelt.

Uit een studie van Street et al. (2005) blijkt dat de arts-patiëntrelatie een belangrijke rol speelt in patiëntparticipatie. Deze relatie wordt onder andere door de mate van ervaren controle bepaald: de overtuiging van zowel de arts als de patiënt over de controle in hun relatie bepaalt elkaars gedrag en daarmee ook de mate van patiëntparticipatie. Hoe meer controle over informatieverstrekking en besluitvorming patiënten denken te hebben, hoe meer zij participeren (Street, Krupat, Bell, Kravitz & Haidet, 2003). Wel vereist controle een relatief symmetrische relatie tussen de arts en de patiënt. De relatie werd voorheen gezien als 'van nature onevenwichtig' wegens informatie-asymmetrie. De arts zou een dominante rol innemen ten opzichte van de patiënt, in termen van spreektijd, het stellen van vragen en het controleren van gedrag (Street et al., 2005). Tegenwoordig wordt verondersteld dat de machtsverhouding tussen arts en patiënt gelijkwaardiger is, omdat patiënten mondiger en beter geïnformeerd zijn. Om ruimte te bieden voor participatie zal de zorgverlener daarom een deel van de controle over moeten dragen aan de patiënt (Tambuyzer, 2012).

Een andere factor die volgens Roter (1977) invloed heeft op de arts-patiëntrelatie, en daarmee op de mate van participatie, is feedback. Wanneer de patiënt participeert, bijvoorbeeld door vragen te stellen, kan de arts op twee manieren reageren. De arts kan de patiënt dan als gelijke partner in het gesprek zien door uitleg en antwoorden te formuleren. Positieve responsen van behandelaars op uitingen van de patiënt zijn van belang: deze versterken bij de patiënt het gevoel dat participatie en verzoeken om informatieversteking aanvaardbaar zijn. Maar de arts kan de participatiepoging van de patiënt ook ontmoedigen middels diverse communicatie-limiterende technieken, bijvoorbeeld door niet of slechts deels in te gaan op vragen of door te interrumperen. Het is deze negatieve feedback op pogingen van patiëntparticipatie die gevolgen heeft voor de arts-patiëntrelatie en op de verdere participatiepogingen van de patiënt.

Medische videoconsulten

Medische consulten vinden tegenwoordig niet enkel meer plaats in de spreekkamer van de arts. Met de komst van het internet hebben zich diverse nieuwe mogelijkheden op het gebied van communicatie voorgedaan. Zo ook in de gezondheidszorg, waar tegenwoordig

gebruik wordt gemaakt van videoconsulten. Dit houdt in dat patiënt en zorgverlener elkaar op afstand kunnen spreken, via een 'live' videoverbinding.

Effectiviteit van videoconsultaties

Uit onderzoek naar de effectiviteit van videoconsulten komen diverse voordelen naar voren. Zo blijkt uit een Brits onderzoek waarin effecten van videoconsulten werden vergeleken met reguliere consulten dat er minder testen en onderzoeken nodig zijn en dat de patiënttevredenheid hoger ligt (Wallace et al., 2002). Daarnaast maakt videoconsultatie directe interactie met de behandelaar mogelijk en ontvangt de patiënt de zorg zo lang mogelijk thuis, wat reistijd en kosten bespaart (Ketelaar, Vreugdenhil & Schers, 2010). Dit maakt zorg toegankelijker voor patiënten die afgelegen wonen (Ferrer-Roca, Garcia-Nogales, & Pelaez, 2010) of bijvoorbeeld slecht ter been zijn.

Ook wordt videoconsultatie als persoonlijker ervaren dan andere vormen van telemedicine, zoals een telefonisch consult. Dit komt door de aanwezigheid van een visueel kanaal. Het beeld creëert een 'sociale aanwezigheid' van gespreksdeelnemers die een virtuele ruimte delen, waardoor patiënten zich op hun gemak kunnen voelen (Cukor et al., 1998).

Echter, er zijn ook factoren die de effectiviteit van videoconsultaties kunnen verminderen. Zo kunnen technologische problemen zorgen voor onbegrip, doordat vragen niet worden verstaan of begrepen (Derejczyk et al., 2016). Ook kan het ontbreken van *face to face* contact tussen de patiënt en de zorgverlener leiden tot een gevoel van onthechting en dissociatie, waardoor een belangrijk klinisch middel tekortschiet: empathie (Ghosh, McLaren & Watson, 1997). Dit heeft als gevolg dat de relatie tussen arts en patiënt kan verzwakken. Echter, depersonalisatie is niet altijd nadelig. In bepaalde gevallen werkt depersonalisatie in het voordeel, bijvoorbeeld bij psychiatrische patiënten of bij patiënten met gestigmatiseerde ziekten. De vergrote fysieke afstand leidt tot een minder bedreigende omgeving, waardoor patiënten zich minder geremd voelen om met een behandelaar te spreken over hun aandoening (Ball, McLaren, Summerfield, Lipsedge, & Watson, 1995). Dit blijkt ook uit een recente studie van Grubbs, Fortney, Dean, Williams en Godleski (2015) waarin wordt gesteld dat videoconsulten mogelijk comfortabeler zijn voor patiënten bij het behandelen van depressies en angststoornissen, in vergelijking met een *face to face* consult.

Een andere genoemde beperking van videoconsultatie is dat patiënten weinig vertrouwen hebben in een diagnose die wordt gesteld via een videoconsult. De arts zou niet of verminderd in staat zijn een adequate diagnose te stellen wegens het gebrek aan tactiele

en olfactorische informatie (Miller, 2003). Een systematische review van Martin-Khan, Wootton, Whited en Gray (2011), waarin diagnoses van videoconsulten werden vergeleken met die van reguliere consulten, toonde de adequaatheid van diagnoses gesteld via een videoconsultdiagnoses toch aan.

Patiëntparticipatie tijdens videoconsulten

Hoewel er al veel onderzoek is gedaan naar videoconsulten, is participatie van patiënten tijdens zo'n consult nog onderbelicht. Slechts een klein aantal studies biedt eerste inzichten in patiëntparticipatie in medische videoconsulten. Den Tuinder (2018) heeft patiëntparticipatie in reguliere consulten vergeleken met participatie in videoconsultaties. Onderzocht werd in welke mate patiënten participeerden en op welke manier. Hierbij werden drie categorieën onderzocht: het stellen van vragen, het uitdrukken van zorgen en het doen van assertieve uitingen. Uit de studie bleek dat patiënten minder vragen stelden in een videoconsult, maar dat de vragen in verhouding wel vaker patiënt-geïnitieerd waren. Daarnaast bleek dat patiënten relatief meer assertieve uitingen deden in een videoconsult. Den Tuinder stelt daarom dat het medium niet van invloed is op de mate, maar wel op de wijze van participatie.

Daarnaast blijkt uit een studie van Miller (2002) dat indirect contact tussen arts en patiënt kan leiden tot verhoogde patiëntparticipatie. In indirect contact zoals via video, zou de sociale afstand die voortkomt uit de 'hogere status' van de arts ten opzichte van de patiënt er minder toe doen. Het zou eenvoudiger en minder intimiderend zijn om met iemand met een hogere status te interacteren indien diegene niet in dezelfde ruimte aanwezig is. Ook zou een patiënt meer controle hebben in een videoconsult, wegens inzicht in beelden en documenten. De arts kan bijvoorbeeld scans of documenten waarin uitslagen worden beschreven delen via de videoverbinding. Dit kan voor de patiënt een handvat zijn om te participeren.

Zoals beschreven bieden deze resultaten een beginnend inzicht in patiëntparticipatie in videoconsulten. Een gedetailleerde analyse van patiënt-geïnitieerde interactie in het consult ontbreekt nog. In eerdere onderzoeken op het gebied van videoconsultatie werd met name een psychologische invalshoek gehanteerd (bijvoorbeeld Wallace et al., 2012 en Grubs et al., 2015). Daarnaast zijn uitingen van patiënten steeds in isolement geanalyseerd, zoals in het onderzoek van Den Tuinder (2018). Hierdoor is het nog onduidelijk hoe de wisselwerking tussen de arts en de patiënt verloopt en of het medium

daarop van invloed is. Daarnaast onderzocht Den Tuinder het corpus op vooraf opgestelde categorieën. Om een gedetailleerder inzicht te krijgen in de manier waarop patiënten participeren in een consult, dient het volledige communicatieproces geanalyseerd te worden. Daarom wordt in het huidige onderzoek op conversatie-analytische wijze onderzocht hoe patiëntparticipatie in reguliere videoconsulten verloopt. Hierbij wordt er in de data gezocht naar principes die aantonen waar gespreksdeelnemers zich op richten in de interactie om participatie tot stand te brengen, in plaats van naar fenomenen die behoren tot vooraf opgestelde categorieën. Deze kwalitatief-empirische benaderingswijze dient een inzicht te bieden in de wijze waarop patiënten interactioneel participeren.

Conversatieanalyse

Conversatieanalyse is een theorie die inzicht biedt in de manier waarop gespreksdeelnemers een interactie organiseren. De theorie ontstond in de jaren zestig vanuit de etnomethodologie; een stroming die onderzoekt hoe leden van een cultuur een sociale situatie tot stand brengen en houden. Het centrale idee binnen deze stroming is dat handelingen en interacties het resultaat zijn van situatiegebonden methoden, waarmee participanten hun gedrag begrijpelijk en “accountable” maken. Dit idee komt terug in de conversatieanalyse. De betekenis van een uiting zit niet vast in de talige vorm, maar wordt interactioneel tot stand gebracht. De betekenis wordt bepaald door de context waarin de uiting wordt gedaan en kan daarom per situatie verschillen (Mazeland, 2003). Ook context is een steeds veranderend verschijnsel: door middel van een uiting laat een spreker weten welke context wordt geactiveerd. Tevens creëert die context een nieuwe context voor de volgende spreker (Heritage 1984). Om te begrijpen hoe gespreksdeelnemers hun interactie vormgeven en om de betekenis van uitingen te achterhalen dienen interactionele verschijnselen daarom in hun lokale context te worden geanalyseerd. Interactie is vormgegeven in sequenties. Sequenties zijn opeenvolgende beurten die een gemeenschappelijk handelingsproject hebben (Mazeland, 2003). Zoals is aangeduid in de voorbeelden zijn er diverse vormen van sequentieorganisatie. Het *aangrenzend paar* bestaat uit een eerste paardeel, waarmee de sequentie begint, en een tweede paardeel, waarmee het handelingsproject wordt afgerond. Het aangrenzende paar is tevens aangrenzend geplaatst en door verschillende sprekers en in verschillende beurten geproduceerd. Een voorbeeld is het vraag-antwoordprincipe. *Sequentie-expansie* ontstaat als een sequentie wordt uitgebreid, zoals in “Ik heb een vraag. Wat betekent de testuitslag voor mijn gezondheid?”. In dit voorbeeld is er sprake van pre-expansie, omdat de uitbreiding

plaatsvindt voor het eerste paardeel. Echter, expansie kan ook optreden tussen de twee paardelen (ook wel *insertie-expansie*) of na het tweede paardeel (ook wel *post-expansie*). Zoals beschreven is deze context van belang voor adequate interpretatie van uitingen. Het geeft antwoord op de vraag wat er wordt gezegd, op welke manier, en waarom op dat specifieke moment. Door handelingen en structuren te analyseren kunnen patronen in gesprekken worden ontdekt die inzicht geven in de manier waarop gespreksdeelnemers handelen en gesprekken ordenen om elkaar te begrijpen en (institutionele) doelen te bereiken.

De conversatieanalyse richt zich op sociale interacties die zich in natuurlijke omstandigheden hebben voorgedaan. Data van conversatieanalytisch onderzoek bestaan uit opnames van gesprekken, die vervolgens in detail worden uitgeschreven ('getranscribeerd'). Niet alleen de gesproken woorden, maar ook stiltes, prosodie en overlap worden opgenomen in de transcripten. Op deze manier worden interactionele details zichtbaar, waardoor niet alleen duidelijk wordt wát er gezegd wordt, maar ook hóe het gezegd wordt. Alleen een analyse van beide factoren kan de betekenis van handelingen achterhalen. Daarnaast zorgen transcripten ervoor dat resultaten geverifieerd kunnen worden; de onderzoeker hoeft zijn bevindingen niet te baseren op herinneringen of persoonlijke interpretaties (Mazeland, 2003).

Institutionele interactie

In het huidige onderzoek zijn de gesprekken institutioneel van aard. Zo'n institutionele setting heeft gevolgen voor de interactie. Anders dan in informele gesprekken zijn gesprekken in een institutionele setting in zekere mate voorgestructureerd. Deze verdeling van beurten over gespreksdeelnemers, ook wel *pre-allocatie* genoemd (Mazeland, 2003), wordt gestuurd door fasering. In bijvoorbeeld een huisartsconsult blijkt de fasering uit de geordende opbouw van het gesprek: achtereenvolgens de opening, klachtenrapportage van de patiënt, onderzoeksfase, diagnosefase, behandelingsfase en tot slot de afsluiting. In elk van deze fases wordt het gesprek op een andere manier vormgegeven door de gespreksdeelnemers, omdat er verschillende handelingen moeten worden verricht.

Hoe pre-allocatie in beurtwisseling en handelingsstructuren werken in videoconsulten is nog niet duidelijk. Uit de studie van Pappas en Seale (2009) blijkt namelijk dat de rolverdeling van de arts en de patiënt verandert. In een traditioneel *face to face* consult komt de patiënt naar de wachtkamer van de arts. De arts nodigt de patiënt vervolgens uit in de spreekkamer. Hierdoor kan de arts gezien worden als de 'host' en de

patiënt als 'bezoeker' (Ten Have, 2001). Deze rolverdeling heeft effect op de interactie. Zo opent de arts dikwijls het gesprek en is hij 'eigenaar van de communicatievloer'. Dit betekent dat de arts de dominante deelnemer in het gesprek is en leiding heeft over bijvoorbeeld topicveranderingen. De arts heeft de regie over het gesprek en kan daardoor de tijd van het consult efficiënt indelen. Dit heeft volgens Pappas en Seale (2009) als nadeel dat de patiënten hierdoor minder in staat zijn om hun eigen agenda te volgen, wat hun participatie in het consult dus beïnvloedt. In een video-gemedieerd consult is de rolverdeling anders. De arts gedraagt zich niet als 'host'; de patiënt wordt immers niet meer door hem uitgenodigd in de spreekkamer. Hierdoor verlopen de interacties tussen hen niet meer volgens de institutionele gespreksconventies. De arts zou als gevolg daarvan in mindere mate leidend in de interactie kunnen zijn, wat patiëntparticipatie mogelijk ten goede komt.

Hoewel het conversatie-analytische onderzoek van Pappas en Seale (2009) belangrijke inzichten biedt in de manier waarop gespreksdeelnemers zich positioneren in een videoconsult en wat de gevolgen daarvan zijn op de interactie, hebben zij enkel de openingsfase van het consult onderzocht. Bovendien ging het in hun onderzoek om '*frame attunement*'; de wijze waarop gesprekspartners hun eigen agenda verdedigen. Het huidige onderzoek zal zich richten op de wijze waarop patiënten participeren in reguliere en video-gemedieerde consulten. De volgende onderzoeksvraag staat daarin centraal: Hoe ziet patiëntparticipatie er interactioneel uit, en welke invloed heeft het medium hierop?

Data & Methode

Data

Conversatieanalytisch onderzoek is een vorm van datagestuurde corpusanalyse (Mazeland, 2003, p. 247). In dit onderzoek bestaat het corpus uit gesprekken tussen artsen en patiënten en eventueel hun aanwezige naasten. Deze consulten waren al volledig getranscribeerd in het kader van eerder onderzoek. Om tot een gelijk aantal video- en reguliere consulten te komen, is op de duur van het consult geselecteerd. Extreem langdurige of kortdurende consulten zijn geëxcludeerd om beide typen consulten zo goed mogelijk te “matchen”. Uiteindelijk zijn vierendertig consulten onderzocht. Zeventien van deze consulten vonden in de spreekkamer van de arts plaats (*regulier consult*), de andere zeventien consulten via een videoverbinding (*videoconsult*). Beide type consulten zijn door camera’s opgenomen en de gesprekken zijn getranscribeerd volgens de transcriptieconventies van de conversatieanalyse (Bijlage 1). Zowel de opnames als de transcripten vormen de data in dit onderzoek. Deze data is ethisch getoetst door de CMO-commissie van het Radboud UMC.

Participanten

De participanten in dit onderzoek zijn drie chirurgen en vierendertig patiënten die een tumorresectie ondergaan hebben. Twee weken na de operatie ontvingen patiënten de resultaten van dit weefselonderzoek tijdens een consult met hun arts. In Tabel 1 wordt een overzicht getoond van de verdeling van participanten (in termen van inclusienummers en geslacht) over de consulttypen.

Inclusienummer	Medium van consult	Geslacht van patiënt
3	Video	Man
6	Video	Vrouw
11	Video	Man
12	Video	Vrouw
14	Video	Man
15	Video	Man
16	Video	Man
17	Video	Vrouw
18	Video	Man
20	Video	Vrouw
22	Video	Vrouw
30	Video	Man

31	Video	Man
39	Video	Vrouw
46	Video	Vrouw
47	Video	Vrouw
48	Video	Man
2	Regulier	Vrouw
5	Regulier	Vrouw
7	Regulier	Man
10	Regulier	Man
23	Regulier	Vrouw
24	Regulier	Man
25	Regulier	Man
26	Regulier	Vrouw
27	Regulier	Vrouw
28	Regulier	Vrouw
29	Regulier	Man
32	Regulier	Vrouw
33	Regulier	Vrouw
35	Regulier	Man
41	Regulier	Man
43	Regulier	Man
44	Regulier	Man

Tabel 1. Overzicht van participanten over de consulttypen.

Dataverzameling

In het kader van eerder onderzoek naar videocommunicatie zijn patiënten door het Radboud UMC per brief benaderd om deel te nemen aan onderzoek naar videoconsultatie. In deze brief werd de patiënt op de hoogte gesteld van het onderzoek en van hun rol als patiënt daarin. Deelname was vrijwillig, zonder vergoeding en kon op ieder moment worden gestaakt. Patiënten die aangaven te willen participeren ontvingen voorafgaand aan het consult een vragenlijst. Daarin werd gevraagd naar demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht, maar ook naar ervaring met nieuwe media zoals videobellen. Echter, deze informatie is niet relevant voor het huidige onderzoek en is om die reden buiten beschouwing gelaten. Vervolgens vond het consult plaats. Het videoconsult verliep via 'Facetalk', een beveiligde software die door het Radboud UMC wordt gebruikt voor video-interactie. Het reguliere consult vond zoals eerder beschreven plaats in een spreekkamer in het ziekenhuis. Zowel het reguliere als het videoconsult werd met twee camera's opgenomen. Tot slot zijn de gesprekken getranscribeerd door vier studenten van de

opleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen in het kader van onderzoek naar medische videoconsulten.

Analyse

Patiëntparticipatie

Patiëntparticipatie wordt in dit onderzoek gedefinieerd als 'sequenties die door de patiënt zijn geïnitieerd, om informatie over te brengen op of te verkrijgen van de arts'. Patiënten die uitingen doen op uitnodiging van de arts, zoals in Voorbeeld 1, zijn niet door de patiënt geïnitieerd en zullen om die reden dan ook niet worden onderzocht. Daarnaast zijn ook uitingen die niet medisch gerelateerd zijn buiten beschouwing gelaten. Hieronder vallen bijvoorbeeld begroetingen en gesprekken omtrent de video-opname.

Voorbeeld 1. Patiënt handelt op uitnodiging van de arts.

1 A: oke.
2 (0.8)
3 zijn er verder nog vragen?
4 (1.5) (patiënt en echtgenoot kijken elkaar aan)
5 P: °nee°;
6 nou ja ehm;
7 dat ik nou die chemo krijg he;
8 want (.) chemo werkt in principe op snel delende cellen;
9 genezingsproces zijn ook snel delende cellen.
10 A: ja.
11 P: dus dan kan ik wel rekening houden;

Zoals in bovenstaand voorbeeld worden patiënten in de transcripten aangeduid met 'P', de arts met 'A' en een eventuele naaste met 'N'. Om inzicht te krijgen in de wijze waarop patiënten participeren is er allereerst een verzameling gemaakt van alle fragmenten waarin patiënten sequenties initiëren. Fragmenten waarin patiënten sequenties initiëren die niet medisch relevant zijn, zoals over technische aspecten of groeten, werden uitgesloten. Hier is voor gekozen omdat de patiënt hiermee geen relevante informatie deelt met de arts. De overige patiënt-geïnitieerde participatie-sequenties zijn middels conversatieanalyse onderzocht. Vervolgens is er een vergelijking gemaakt tussen de video-gemedieerde consulten en de reguliere consulten, om erachter te komen of het medium van invloed is op de wijze van participatie.

Conversatie-analyse

Het doel van dit conversatie-analytische onderzoek is om te ontdekken welke handelingen patiënten uitvoeren, hoe ze die initiëren en wat ze ermee bereiken. Deze handelingen kunnen uiteenlopend zijn, bijvoorbeeld: informeren, bekritisieren, betwijfelen, klagen, beschrijven of verzoeken. Uit de handeling kan participatie blijken, indien informatie wordt

overgebracht op de arts of expliciet om informatie wordt gevraagd. De handelingen worden door een gespreksdeelnemer niet als dusdanig genoemd, maar blijken uit de uiting (Mazeland 2003). Het is bijvoorbeeld niet noodzakelijk om te vermelden dat je ergens naar wil informeren ("Ik wil nog even informeren naar mijn behandeling. Hoe verloopt die?"). Er kan dan ook niet gesteld worden dat de syntactische structuur bepalend is voor de betekenis van de uiting. In een uiting die niet wordt vormgegeven als een vraag kan wel een informerende handeling schuilgaan. Zo noemt Gill (1998) dat een patiënt een declaratieve uiting kan doen om informatie van de dokter in te winnen. Een voorbeeld is een beschrijving zoals "De laatste tijd voel ik me toch wel erg vaak misselijk en ik vraag me af of dit komt door mijn nieuwe medicatie of door mijn zwangerschap.". De sociale handeling die de patiënt met deze uiting doet is wederom informeren, doordat ze indirect vraagt naar bevestiging of ontkenning van haar vermoeden.

Enkel het analyseren van een handeling en de syntactische structuur van de uiting is niet voldoende om patronen in een interactie te ontdekken. Ook de sequentiële omgeving waarin uitingen worden gedaan is van belang om te analyseren. Uit de omgeving, ofwel lokale context, blijkt immers mede de betekenis van een uiting. In de conversatieanalyse worden uitingen daarom beurt voor beurt geanalyseerd (Mazeland, 2003). Op die manier blijkt bijvoorbeeld dat de uiting "Ik vind het een beetje koud" een ontkennende reactie is op de uiting "U voelt zich vast een stuk beter vandaag". De uiting kan ook als een afwijzing worden geïnterpreteerd als het een reactie is op het voorstel "Ga je gezellig mee wandelen?". Echter, "Ik vind het een beetje koud" kan ook een sequentie initiëren, die bedoeld is om een ander indirect te verzoeken het raam dicht te doen of om een lange ongemakkelijke stilte te doorbreken.

Kortom, door middel van conversatieanalyse is onderzocht op welke wijze patiëntparticipatie interactioneel tot stand wordt gebracht. Er is gezocht naar patronen om antwoord te vinden op de vraag hoe patiënten participeren in zowel video- als reguliere consulten. Een vergelijking tussen deze typen media biedt inzicht in of en hoe het patroon typisch is voor de wijze van participatie in een videoconsult en/ of een regulier consult.

Bevindingen

De resultaten van de conversatieanalyse maken inzichtelijk op welke wijze patiënten participeren. Dit wordt beschreven in het eerste gedeelte van dit hoofdstuk. Daarna volgt een analyse van de invloed van het medium.

Wijze van participatie

De lancering van de geïnitieerde sequentie

Er zijn globaal twee manieren waarop patiënten een sequentie initiëren: als eerste onderdeel van een nieuwe sequentie of als eerste onderdeel van een post-sequentie. Beide vormen komen voor in zowel video- als reguliere consulten. In Fragment 1 wordt een typisch voorbeeld van een nieuwe geïnitieerde sequentie weergegeven. Vervolgens wordt er een voorbeeld een geïnitieerde post-sequentie getoond.

Fragment 1 (videoconsult, 30).

1 A: oke nou DAN DENK IK DAT dat met een PAAR weken gewoon wel over
2 gaat he
3 want we zijn nu nog vrij kort na de operatie;
4 (0.6)
5 dus dat uh dat zal gewoon herstellen dat zal EEN VAN DE twee zijn
6 dat za- (.) het komt IN IEDER GEVAL door de operatie denk ik.
7 (0.5)
8 P: jaja.
9 (0.8)
10 → EN HEB IK eigenlijk nog een vraagje,
11 (0.6)
12 die u::h gra- uh nou hoe h'it de
13 (1.0) uh die
14 de spul
15 (1.2) dat
16 ik moet spuiten voor de:
17 (0.7)
18 voor de trOMBOSe;
19 A: JA
20 (1.5)
21 P: maar is de nie' TE LANG dertig dage',
22 (1.1)
23 A: NEE ja dat is dat is ons advies (.) we dat dat er een kleine kans
24 is dat je zo'n stolsel krijgt,

In Fragment 1 heeft de arts allereerst de beurt. De sequentie wordt door de patiënt afgesloten in regel 8 door middel van de derdepositieafsluiter “jaja”. Vervolgens valt er een lange stilte waarna de patiënt de ruimte neemt om via zelfselectie een nieuwe sequentie te initiëren. Met name in videoconsulten is het zelf initiëren van een sequentie na een stilte een veelvoorkomend fenomeen. In een regulier consult worden sequenties vaak geïnitieerd

selecteert hierbij zichzelf als nieuwe spreker. Hier initieert de patiënt dus een post-sequentie door een vervolgvraag te stellen, die voortborduurde op eerdere uitingen binnen een huidig of eerder besproken topic. Daarmee maakt hij tevens kenbaar aan de arts nog onvoldoende informatie te bezitten omtrent het verloop van de behandeling. De arts geeft vervolgens antwoord op de vervolgvraag (regel 7).

De handeling in de geïnitieerde sequentie

Het onderscheid tussen de manieren waarop patiënten een sequentie initiëren, als nieuwe sequentie of als post-sequentie, is interessant gezien de verschillende handelingen die patiënten ermee verrichten. Uit het corpus blijkt dat patiënten die een nieuwe sequentie initiëren veelal eenzelfde handeling verrichten, terwijl met geïnitieerde post-sequenties verschillende soorten handelingen verricht worden. In deze paragraaf worden daarom de verschillende handelingen die patiënten verrichten wanneer zij een nieuwe of post-sequentie initiëren beschreven.

Vragen

Opvallend is dat patiënten vrijwel altijd een vraag stellen, wanneer zij een nieuwe sequentie initiëren. Uit de analyse van het volledige corpus blijkt dat er meer vragen worden gesteld in een videoconsult (een totaal van 53 in alle videoconsulten, met een range van 0-8) dan in een regulier consult (een totaal van 21 in alle reguliere consulten, met een range van 0-5). Deze vragen beslaan grofweg vier topics; de tumor, de (toekomstige) behandeling, de onderzoeksresultaten en het herstel. In het geval van zelf-geïnitieerde participatie betekent dit dat de patiënt één van deze topics zelf aansnijdt. Hierbij leidt de patiënt zijn vraag veelal in met een pre-sequentie, waarmee hij de vraag inleidt of op een andere manier projecteert dat er iets gaat komen. Dit was al eerder te zien in Fragment 1. Ook Fragment 3 is een voorbeeld van dit fenomeen.

Fragment 3 (videoconsult, 3).

1 A: nee kijk ehm eh (.) begrijpt u waarom u die prikken hebt;
2 (0.9)
3 P: JA JA voor p- bloedpropjes [e:h] tegen te gaan.
4 A: [ja]
5 en die kans is heel klein,
6 (0.8) maa:r hij heeft wel (.) enorme gevolgen als dat zo is;
7 °en e:h°
8 we zien dat we daar steeds agressiever in worden
9 omdat (0.2) om die prikjes te geven,
10 •h om het maar te voorkomen,
11 •h ja.=

12 N: [ja]
 13 A: dus [dus] dit is echt een voorzorgsmaatregel,
 14 dus a's je d'r 's eentje oversl- overslaat dan dan
 15 geloof ik wel dat 'het a'maal goed gaat°.
 16 (1.3)
 17 P: oke EHM
 18 (2.0)
 19 P: even kijken hoor e:hm
 20 (1.7)
 21 DE:: de tumor is d'ruit gehaald,
 22 A: ja=
 23 P:→ =hebben jullie daar nog eh (.) op kweek gezet,
 24 zowel van de lever als van de darm?
 25 A: •pt (0.9)
 26 JA: een kweek is in die zin dat we weten wat de uitslagen zijn,
 27 dat we weten hoe het eruit ziet,
 28 (0.7)
 29 P: [mm hm]

De uiting die de patiënt doet in regel 17 sluit de voorgaande sequentie af, terwijl de 'ehm' in diezelfde regel projecteert dat de patiënt een vervolguiting komt. Vervolgens valt er een stilte. Door middel van een pre-pre in regel 19 betreedt de patiënt wederom de conversationele vloer. Met deze pre-pre geeft de patiënt aan dat hij zoekt naar de uiting die hij wil doen. Er volgt een pauze en een pre-sequentie, waarna de daadwerkelijke handeling wordt verricht: de patiënt stelt in regel 23-24 een vraag omtrent zijn behandeling. Het topic is daarbij veranderd van 'prikken tegen bloedpropjes' naar 'kweek van de tumor'. Topicverandering is, zoals eerder beschreven, kenmerkend voor een geïnitieerde nieuwe sequentie.

Doorvragen

Patiënten kunnen een sequentie ook uitbreiden (postexpansie) door na het antwoord van de arts een vraag te stellen. Zo'n vraag na het antwoord noem ik 'doorvragen', omdat het doorgaat op een lopend topic. Deze handeling komt het meeste voor in het corpus, in zowel videoconsulten (een totaal van 58 met een range van 0-15) als reguliere consulten (een totaal van 40 met een range van 0-6). In Fragment 4 is er sprake van doorvragen.

Fragment 4 (regulier consult, 33).

1 A: en, dat komt omdat er waarschijnlijk in di- in die cyste heeft
 2 een [bloeding gezeten]
 3 P: [ja, ja]
 4 A: en daardoor ziet 'ie de ou- ouwe resten van bloed en dat is een
 5 soort wand geworden
 6 ja
 7 nou dat past daar allemaal heel erg bij en een cyste is vaak
 8 heel dun, dus dat klopt allemaal bij [mekaar]
 9 P:→ [hm kan] zo'n cyste, o
 10 openspringen ofzo?
 11 A: nee dat is heel zeldzaam [maar] wat je soms hebt in die cyste,

12 P: [jaja]
13 A: is dat daar om de een of andere reden een bloedinkje of iets in
14 opgetreden is

In dit fragment stelt de arts dat een cyste de oorzaak is geweest van de bloeding. De patiënt initieert vervolgens het eerste paardeel van de post-sequentie in regel 9. De ruimte om deze uiting te doen creëert hij zelf, nog voor het mogelijke voltooiingspunt van de arts in regel 8. Hierdoor ontstaat overlap. De handeling die de patiënt initieert met de post-sequentie is doorvragen over hetgeen de arts zegt in regel 1-2 en 4-8. Het topic blijft hierbij hetzelfde, wat kenmerkend is voor geïnitieerde post-sequenties.

Vragenlijstjes

In de consulten is het vragenlijstje van de patiënt een terugkerend fenomeen. In acht van de vierendertig consulten maakte de patiënt observeerbaar gebruik van een dergelijke lijst. Opvallend is dat er slechts één patiënt een vragenlijst mee had genomen naar het reguliere consult, terwijl zeven patiënten die deelnamen aan een videoconsult een vragenlijst hadden. Uit het vragenlijstje blijkt het voornemen van de patiënt om vragen te stellen. De manier waarop een vraag van deze lijst in het gesprek wordt gebracht verschilt. De patiënt kan op eigen initiatief een vraag stellen (Fragment 5), maar een vraag kan ook gesteld worden omdat het topic al relevant is of is geweest (Fragment 6), of omdat de arts vraagt naar wat er op het lijstje staat (Fragment 7). In het tweede geval is er niet altijd sprake is van zelf-geïnitieerde participatie, maar komt de uiting als tweede paardeel of als post-expansie. Indien de arts vraagt naar wat er op de vragenlijst van de patiënt staat zal de vragenlijst-vraag niet meer geïnitieerd worden door de patiënt, maar op uitnodiging van de arts. Er is dan geen sprake van zelf-geïnitieerde participatie. Vast staat wel dat de patiënt de vragenlijst voorafgaand aan het consult heeft opgesteld en hiermee een zekere mate van participatie toont. De patiënt laat immers middels de voorbereide vragen zien betrokken te willen worden bij zijn eigen zorgproces.

Fragment 5 (Videoconsult 3).

1 A: dus dan maken we eerst een scan en bloedprikken,
2 en nadien (.) op de poli.
3 (1.2)
4 P: ja
5 (0.7)
6 → E:HM (1.2) even kijken ik heb wat dingen opgeschreven,
7 (0.7)
8 EH HOE LANG MOET IK MET DE TROMBOSEPRIKKNEN DOORGAAN;
9 (0.4)
10 die el[lende]
11 A: [vier] (.) vier weken tot na de operatie.

Dit fragment toont een voorbeeld van de manier waarop de patiënt zelf een vraag van de vragenlijst ter sprake laat komen. Dit doet hij nadat hij de vorige sequentie heeft afgesloten ("ja", regel 4). Er volgt een pauze, waarna de patiënt een nieuwe sequentie initieert (regel 6) met een pre-pre over een vragenlijst. In regel 8 stelt de patiënt vervolgens de vraag, waarmee hij tevens een nieuw topic lanceert. In dit fragment is er dus sprake van een nieuwe geïnitieerde sequentie. Het fragment hieronder laat een voorbeeld zien van de wijze waarop een 'vragenlijst-vraag' op een geïnitieerde post-sequentie in de interactie wordt gebracht.

Fragment 6 (Videoconsult 3).

1 A: •h eh en ik zou dan een termijn van van
2 eh ongeveer drie maanden willen afspreken om een nieuwe scan te
3 maken
4 zowel van de longen als van de buik
5 °dus van de lever en alles°,
6 •h ja om te kijken hoe dat eruit ziet.
7 •hh
8 P: [ja]
9 A: [e:h] en da's natu'k weer een spannend [moment]
10 P: [maar wat]
11 (0.7)
12 NOU DIE VRAAG HAD IK (.) HAD IK OOK want e:h >hoe heet 'et<
13 (0.6) e:h (0.4) 'k had voor mezelf een beetje in gedachten van
14 nou in oktober e:h nieuwe scan eh maken,
15 (0.5) e:h en eh
16 >want dan is 't< precies ook een jaar geleden
17 dat het g'constateerd is,
18 (0.7) dus dan zou het ook een mooie afroning van eh
19 van het hele verhaal eh (0.7) eh kunnen zijn,
20 e:hm
21 WORD IK DAAR(.)VOOR terugverwezen naar oncologie?
22 A: •pt NEE.
23 wij doen dat,
24 (0.2) e:h u bent (.) u u bent eigenlijk bij ons onder behandeling
25 en de oncologie heeft (.) alleen (.) de chemo°therapie gedaan°,
26 P: [oké]
27 A: •hh dus de [chirurgie] dus de heelkunde is de hoofdbehandelaar;
28 •h en daar blijft u onder controle,
29 •hh eh normaal gesproken is dat zo
30 dat die controles om de zes maanden zijn,
31 (0.9) ik vin' dat (0.2) te lang,
32 (0.5) zeker gezien dat hele voortraject,
33 •h e:hm dus (.) ja (.) vandaar dat ik naar die drie maanden wil?
34 •h ehm ja maar dat maar dat eh
35 dat traject zit dus bij de bij de chirurg.
36 u blijft (.) bij ons.=
37 P: =↑nee prima↑
38 prima.
39 (0.6)
40 → DUS E:H DUS DAN IN OKTOBER
41 kan 'k dan een uitnodiging verwach[ten] voor [eh]
42 A: [ja] [ja]
43 dus dan maken we eerst een scan en bloedprikken,
44 en nadien (.) op de poli.

In dit fragment spreekt de arts over de datum van een nieuwe scan (regels 1-6). Dit lijkt een antwoord te zijn op een nog niet ter sprake gekomen vraag van de patiënt. De patiënt haakt hier na een stilte op in door middel van een pre-pre in regel 12, waarin hij aangeeft een vraag te hebben gehad over de scan. De daadwerkelijke vraag blijft nog in het midden hangen, maar wordt wel indirect genoemd in de pre-sequentie (regels 13-19). In regel 21 vraagt de patiënt door, waarop een antwoord van de arts volgt. De daadwerkelijke vraag wordt pas in regel 40-41 door de patiënt gesteld, als een declaratieve uiting die gezien kan worden als een vraag om bevestiging. Het is vrijwel zeker dat deze "vraag" vooropgesteld is, omdat het fragment uit hetzelfde consult komt als Fragment 6, waaruit bleek dat de patiënt een vragenlijstje bezit. Dit fragment is dus een voorbeeld van de manier waarop een vragenlijst van de patiënt door een post-geïnitieerde sequentie ter sprake komt. Het topic is hierbij onveranderd gebleven.

In onderstaand fragment komt een vraag uit het lijstje van de patiënt ter sprake in de interactie op uitnodiging van de arts.

Fragment 7 (Videoconsult, 31)

```
1  A:      goedzo;  
2  P:      prachtig;  
3          (1.2)  
4  A:→    en u hebt nog [meer VRAGEN]  
5          (0.2)  
6          denk ik op het lijstje staan,  
7          (1.4)  
8  N:      ja=  
9  P:      =moet ik nog meer me- moet ik nog medicijnen gebruiken zo onder  
10         andere oxycodon;
```

In regels 1-2 van bovenstaand fragment wordt de eerdere sequentie afgesloten. Er volgt een pauze, waarna de arts in regel 4 de patiënt uitnodigt om een vraag te stellen. De arts heeft opgemerkt dat de patiënt een vragenlijst bezit, zoals blijkt uit regel 6. In regel 9-10 stelt de patiënt vervolgens de vraag. Deze vraag is niet geïnitieerd door de patiënt en zou om die reden niet vallen onder de huidige definitie van 'participatie'. Echter, door de manier waarop de arts de patiënt uitnodigt om een vraag te stellen, honoreert hij wel het initiatief van de patiënt om een vragenlijstje op te stellen. Met de voorbereide vragen tracht de patiënt voldoende geïnformeerd te worden, waarmee hij indirect laat zien actief betrokken te willen worden bij het zorgproces. Er is om die reden voor gekozen om deze wijze van participatie toch op te nemen in het huidige onderzoek. De interactieanalyse legt hierbij namelijk exact bloot dat patiëntparticipatie gezamenlijk tot stand wordt gebracht door de

arts en de patiënt. Dit houdt in dat zelfs het initiatief nemen een kwestie van onderhandelen is: het initiatief van de patiënt kan dus blijken uit de vragenlijst, of uit het stellen van de vraag zelf.

Vertellingen doen

Een andere handeling die patiënten verrichten wanneer zij een nieuwe sequentie initiëren is het doen van vertellingen. Deze vertellingen bestaan uit uitingen waarin de patiënt ervaringen deelt, zoals het benoemen van lichamelijke klachten of het uitdrukken van zorgen, overtuigingen, wensen, hoop of emoties. Vertellingen kwamen vaker voor in reguliere consulten (in totaal 32 keer met een range van 0-8), dan in videoconsulten (in totaal 18 keer met een range van 0-4). Uit de analyse blijkt daarnaast dat vertellingen vrijwel altijd geïnitieerd worden als een post-sequentie. De patiënt voegt dan “ongevraagd” informatie toe, die samenhangt met het topic. Onderstaand fragment is een voorbeeld van een vertelling die wordt geïnitieerd als een post-sequentie.

Fragment 8 (Videoconsult, 48).

1 A: u::hm ja dus dat past heel erg bij het feit dat u daar toch last
2 van hebt gehad;
3 dus (.) ik denk dat (.) op de wat ja middellange termijn dus over
4 twee of drie maanden;
5 als (.) dit achter de rug is;
6 •hh ja dat u dan (.) echt wel gaat merken dat u die galblaas kwijt
7 bent;
8 •h en dat u daar niet opnieuw last van krijgt;
9 P: (.8) ja;
10 ja: b- goed;
11 → kijk waar ik echt last op van op (gegeven) moment van kreeg;
12 was (.) dat hoogstwaarschijnlijk die steen aan het duwen was;
13 aan het drukken was tegen (.) ja mogelijk een galweg;
14 maar >aan de andere< kant i- i- ik heb altijd het gevoel gehad ik-
15 ik VOEL het;
16 het uh het het het (.) TINTelt (.) uh je voelt iets in die rechter
17 (.) bovenbuik;
18 maarja;
19 u:h j- v- JE ZOU HET NIET mogen of kunnen voelen;
20 maar ik denk ja;
21 (.8) VOEL WEL IETS;
22 A: JA
23 P: maar goed;
24 hij is deruit;
25 dat is goed;

In dit fragment is het lopende topic ‘last hebben van de galblaas’. Na een stilte bevestigt de patiënt de informatie van de arts, waarna hij inhaakt op het lopende topic door een vertelling te initiëren. Hierin informeert hij de arts over de situatie die voorafging aan de operatie (regels 11-21). De patiënt produceert de uitingen in deze regels als een vertelling,

omdat hij als het ware verslag doet van wat hij heeft ervaren. Patiënten doen een vertelling zonder daarbij altijd een reactie van de arts relevant te maken. Een minimale respons van de arts, zoals 'hm', 'ja', of 'oke' is vaak voldoende. De respons van de arts (regel 22) en vervolgens de afronding van de vertelling van de patiënt (regels 23-25) suggereren dat de patiënt de arts enkel wil informeren. De arts erkent de informatie maar doet er verder observeerbaar niets mee.

Ook in Fragment 9 initieert de patiënt een post-sequentie waarin zij een vertelling doet. Ditmaal betreft het een vertelling over de emotionele beleving van het ontvangen van de uitslag.

Fragment 9 (Regulier consult, 33).

1 A: eigenlijk bent u nu hier klaar
2 P: fijn
3 A: dus, u hoeft niet terug te komen
4 P: oké
5 A: denk dat we 'et wel willen weten als er iets niet goed gaat, dus
6 dan eh
7 P: trek ik aan de bel
8 A: dan is het prettig als u [dat] laat [weten]
9 P: [ja]
10 N: [hm]
11 A: maar ik verwacht geen problemen eigenlijk
12 P: ja nee [gelukkig]
13 N: [oké]
14 P: nou dan zijn wij--
15 ik ben tenminste zeer tevreden
16 N: ja
17 P: → vond 'et vanmorgen wel heel spannend
18 A: jaa
19 [kan] 'k me voorstellen
20 N: [ja]
21 P: ja je weet toch niet eh, hè
22 je ziet zelf niet wat er gebeurt je hebt geen controle over je
23 eigen lichaam en dan,
24 gebeurt er van alles
25 dus dat is toch wel spannend
26 A: hm
27 P: ja
28 A: goedzo
29 P: ja
30 A: oké
31 dat was 'et
32 P: voor jou?(wijst naar O)
33 was het ook?--
34 O: ja zeker
35 P: oké

De arts, de patiënt en de naaste bespreken in regels 1-13 de behandeling die ten einde is gelopen. De arts benoemt dat hij geen problemen verwacht. Deze sequentie wordt door de deelnemers afgesloten in de regels 12-16 met "nou dan zijn wij—ik ben tenminste zeer tevreden". De patiënt gaat daar vervolgens verder op in, door een post-sequentie te

initiëren, waarin ze een vertelling doet. Ondanks dat de patiënt tevreden is, vond ze het vanmorgen “wel heel spannend”. Nadat de arts begripvol reageert, vult de patiënt de vertelling aan (regels 21-25). Wederom reageert de arts minimaal (regel 26), waarna hij vervolgens de sequentie beëindigt en het gesprek lijkt te willen afronden (sequentieafsluiter in regel 28 en pre-afsluiters in regels 30-31). Met de korte ontvangstsignalen die de arts produceert (regel 26 en 28) behandelt de arts de uitingen van de patiënt als een vertelling, waarbinnen hij de rol van luisteraar heeft.

Een vertelling kan ook een uitgebreidere reactie van de arts ontlokken, zoals in onderstaand fragment.

Fragment 10 (regulier consult, 10).

1 A: over nabloeding of gallekkage of een [(.) a-] of een abces of
2 ontsteking in de buik;
3 P: [ja ja]
4 A: al die dingen: zijn allemaal niet aan de orde;
5 dat (.5) gebeurt nu ook niet meer zeg maar he;
6 P: [nee]
7 N: [nee]
8 A: [dus] die fase is echt al voorbij dus ik m- °ja wat dat betreft
9 uh°
10 P: NEE dat is () positief; voor (een lot)
11 A: ja;
12 P:→ dat uh die wond aanvankelijk niet niet (.) te: aan te raken was
13 [toch]
14 A: [ja]
15 P: uh op een gegeven moment heel snel uh;
16 A: ja;
17 P: na een aantal halingen weer mogelijk maakt [uh]
18 A: [ja]
19 P: ja uh;
20 A: precies;
21 N: [ja]
22 P: [WAAR]DOOR ik een goeie nachtrust heb;
23 ondanks dat ik vanwege de ontlasting (.3) drang heb om vier vijf
24 zes keer het bed uit te moeten;
25 A: ja ja ja;
26 P: mja het;
27 A: (.8) ja;
28 P: (.8) j:a;
29 (.5) EN EN DIE:
30 A: EN EN DAN HEEFT U OOK vier of vijf [of] zes keer ontlasting,
31 N: [nee]
32 A: [of] dat niet,
33 P: [nee]
34 A: [oke]
35 P: [nee] uh •h alleen dus uh (.3) noodzakelijk urine;
36 en dat komt natuurlijk omdat je nog (.) VEEL moet drinken;
37 A: ja;
38 P: (.5) he,
39 A: (1.8) oeh en uh: waarom moet u veel drinken,
40 bij de [bij die] poeder bedoelt u,
41 N: [bij die]
42 ja;
43 P: JA;
44 A: ja ja ja ja;

45 [goed]
 46 P: [tenminste] dat is mij steeds gezegd;
 47 heel veel drinken heel veel drinken en uh::
 48 A: EN HOEVEEL drinkt u dan ongeveer,
 49 heeft u daar een [idee van]
 50 P: [nou: ik] ik probeer die twee liter te halen;
 51 inclusief dus uh: THEE vind ik lekker dus daar drink ik grote
 52 glazen van;
 53 A: hoeveel liter zei u sorry,
 54 P: twee;
 55 A: TWEE LITER JA ja;
 56 P: ja;
 57 A: ja oke;
 58 [ja]
 59 P: [ja]
 60 A: (1.7) °goed°;

Dit fragment begint met een uiting van de arts waarin hij het goede herstel van de buik bespreekt. In regel 10 reageert de patiënt hierop, waarna de sequentie wordt afgesloten door een "ja" van de arts (regel 11). Daarna gaat de patiënt toch door op het topic 'herstel'. Vanaf regel 12 initieert hij in een post-sequentie waarin hij een vertelling doet. De arts reageert hierop door middel van doorvragen (regel 30). Deze vraag wordt door de patiënt beantwoord (regels 35-36), waarna de arts weer doorvraagt (regels 39-40). Ook in regels 48-49 vraagt de arts door. Dit laat zien dat een vertelling van de patiënt kan leiden tot informatie voor de arts, waarover de arts meer wil weten en daarom doorvraagt.

Samenvatten

Een andere handeling die de patiënt kan doen wanneer hij een sequentie initieert is samenvatten. Het betreft dan post-geïnitieerde participatie, omdat wat de patiënt samenvat voortbordurt op een eerdere sequentie. Samenvatten dient in het geval van participatie meestal twee doelen: patiënten gaan na of de arts het goed begrepen heeft en/ of ze de volledige hoeveelheid informatie bezitten. In totaal kwamen er 5 samenvattingen voor in de videoconsulten en 3 samenvattingen in de reguliere consulten. Onderstaand fragment toont een voorbeeld van de handeling 'samenvatten'.

Fragment 11 (videoconsult 20).

1 A: en dan kunnen we daarna eventueel nog dOOr met chemotherapie (.)
 2 voor eventuele onzichtbare afwijkinge';
 3 (1.2)
 4 P: oke dus (0.5)
 5 mag ik het eve', (0.5)samenvatte'?'
 6 A: ja
 7 (0.8)
 8 P:→ ja: dus we gaan eerst chemo doen, (0.9)
 9 daarna krijg ik een scan om te kijke' (.) uh hoe het met die
 10 uitzaaiing is met die vier plekjes in de lever of die verdwenen
 11 zijn;

12 (0.7)
13 en (.) uh ZELFS plekjes die nu niet per se te zien zijn (.) KUN
14 je dan mee behandelen met de chemo,
15 A: juist
16 (0.6)
17 P: naar aanleiding van de scan gaan w' (.) gaan we vErder bekij:ke'
18 wordt het operere' of brande' (.) en daarna (.) misschien (.)
19 verder met chemo
20 (0.5)
21 A: ja (0.5)
22 Of in 'n Ongunstig scenario als het ondanks de chemotherapie zou
23 groeie', (0.3)
24 he of dat er nieuwe afwijkinge' ontstaan ja dan kan het zo zijn;
25 (0.5)
26 dat je niet meer kan opereren, (0.3)
27 he (0.7)
28 •h alleen (.) dan is het ook niet zo dat (.) 't een Oplossing was
29 geweest als we al eerder geopereerd hadden want dan waren die
30 andere afwijkingen ook ontstaan (.) begrijpt u wat ik bedoel?
31 (1.4)
32 P: jaa het is EIGenlijk eerst gewoon; (0.7)
33 door de chemo zorgen dat zoveel mogelijk verdwijnt,
34 A: ja
35 (0.7)
36 P: daarna kijke' (0.3)
37 wAt is er over IS dat operabel ja of nee;
38 A: ja zo zou ik uh uh 't voorstelle' alleen (0.3)
39 dAt (.) voorstel van mij moet wel geAccordeerd worden in onze
40 multidisciplinaire bespreking;

Na een stilte (regel 3) neemt de patiënt de beurt, waarin hij in een pre-pre expliciet benoemt dat hij de verkregen informatie wil samenvatten. Vanaf regel 8 herhaalt de patiënt wat eerder door de arts is verteld. De arts reageert hierbij bevestigend (“ja” regel 6 en 21 en “juist” regel 15), waarmee hij instemt met de samenvatting. Daarna vult de arts de samenvatting van de patiënt aan (regel 22-30). Opvallend is dat de arts ook een begripscheck uitvoert met “begrijpt u wat ik bedoel?” (regel 30). De patiënt beantwoordt deze vraag door verder samen te vatten (regels 32-33 en 36-37).

Dit fragment is dus een voorbeeld van de manier waarop een patiënt in een post-sequentie op eigen initiatief samenvat. Echter, de lengte van de samenvattingen verschilt; er kan ook in enkele uitingen worden samengevat.

Effect van medium op participatie

Uit de conversatieanalyse van het gehele corpus blijkt dat met name timing invloed heeft op de manier waarop en wanneer de patiënt een sequentie initieert. Het gaat hierbij om beurtwisseling; specifiek het moment waarop patiënten nieuwe of post-sequenties initiëren. Er lijkt een verband te zijn tussen het medium, dat wil zeggen een regulier of een video-gemedieerd consult, en deze timing. Patiënten participeren namelijk in een sequentiële context waarin initiëren mogelijk is. Oftewel, waar de patiënt ruimte ziet om een nieuwe of een post-sequentie te produceren. In een videoconsult is dit vooral na een stilte, zoals

eerder te zien in fragmenten 1, 5, 6, 7, 8 en 11. Na een stilte is de 'vloer' leeg, omdat de vorige sequentie is afgesloten. Er is geen volgende spreker geselecteerd, de huidige spreker gaat (nog) niet door en er is op dat moment nog geen sprake van zelfselectie. Juist deze momenten blijken in een videoconsult geschikt voor patiënten om een participerende uiting te initiëren. Dit doen zij, zoals eerder beschreven, door zelfselectie of door zelf door te gaan (*huidige spreker gaat door*) om de sequentie te initiëren. Stiltes lijken daarom van belang in videoconsulten als gelegenheid om een nieuwe sequentie te beginnen.

In een regulier consult daarentegen, eigenen patiënten op meerdere manieren zichzelf de ruimte toe om een sequentie te initiëren. Zo creëren zij bijvoorbeeld ruimte door te interrumperen, waardoor overlap ontstaat. Dit is te zien in Fragment 4. Daarnaast kan een patiënt direct na een mogelijk voltooiingspunt van de vorige spreker de beurt nemen door zichzelf als volgende spreker te selecteren (zoals in de fragmenten 2, 3, 9 en 10). Deze wijze van beurtovername om een nieuwe of post-sequentie te initiëren is ook mogelijk in een videoconsult, maar komt weinig voor.

De vraag rijst daarom wat er specifiek in het medium video maakt dat de patiënt langer lijkt te wachten, voordat hij zichzelf selecteert om een nieuwe of post-sequentie te initiëren. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Zo is het mogelijk dat het medium video vraagt om een aanpassing in de communicatie van de deelnemers, gezien eventuele vertragingen. Doordat de volgende spreker niet direct de beurt neemt na een mogelijk voltooiingspunt van de vorige spreker, of interrumpeert, kan een eventuele problematische overlap voorkomen worden. Het is dan ook opvallend dat overlap in het corpus veel minder vaak voorkomt in een videoconsult in vergelijking met een regulier consult. Daarnaast kan een verklaring liggen in hetgeen Papas en Seale (2009) beschreven; het kan zijn dat de arts in mindere mate leidend is in het video-gemedieerde gesprek, doordat hij niet meer als 'host' wordt gezien. Omdat er geen 'host' is, zou en beide sprekers hun eigen agenda niet, of in mindere mate hoeven te verdedigen, waardoor er een stilte kan vallen in het gesprek. Patiënten kunnen dan op zo'n moment hun eigen agenda volgen en een participerende handeling verrichten. Echter, de eerste verklaring lijkt hier aannemelijker, omdat stiltes in het gehele videogesprek voorkomen en niet enkel bij 'mogelijke participatie-punten'.

Een ander verschil tussen video- en reguliere consulten is de mate waarin de participerende handelingen voorkomen. Zoals beschreven komen er meer participerende handelingen voor in de videoconsulten, met name de handelingen 'vragen' en 'doorvragen'. Dit is mogelijk te verklaren doordat patiënten in zeven videoconsulten een vragenlijstje

meebrachten, terwijl er maar één patiënt in een regulier consulten een vragenlijstje had. Of het medium hierop van invloed is, of dat dit toe te schrijven is aan toeval, is onduidelijk. Wel blijkt het vragenlijstje een middel om te participeren, en werkt in de meeste consulten zelfs participatieversterkend: patiënten stellen meer vragen en vragen ook vaker door wanneer zij een vragenlijst hebben tijdens het consult.

Daarnaast hebben patiënten meer vertellingen geïnitieerd in de reguliere consulten. In videoconsulten komen vertellingen maar weinig voor. Dit heeft mogelijk te maken met de stroever verlopende communicatie die wordt veroorzaakt door technische 'ruis', zoals vertragingen. Wellicht beperken de gespreksdeelnemers zich om die reden tot de hoofdzaken. Vertellingen leiden in reguliere consulten zelden tot verder doorvragen en worden "slechts" ontvangen door de arts. Hierdoor lijken vertellingen zelden medisch relevant, en wordt dit type handeling om die reden wellicht door patiënten weggelaten uit videoconsulten.

Discussie

Conclusie

In deze studie is onderzocht op welke wijze patiënten participeren in video- en reguliere consulten, om vervolgens inzichtelijk te kunnen maken of er een verschil is tussen de twee consulttypen. Patiëntparticipatie is hierbij gedefinieerd als 'sequenties die door de patiënt zijn geïnitieerd, om informatie over te brengen op of te verkrijgen van de arts'.

Uit de conversatieanalyse is gebleken dat er twee manieren zijn waarop patiënten participatie interactioneel tot stand brengen: door een nieuwe sequentie of een post-sequentie te initiëren. Hiermee brengen patiënten informatie over op de arts of proberen zij informatie te verkrijgen van hem. Wanneer de patiënt een nieuwe sequentie initieert vindt er veelal een topicverandering plaats. Daarentegen haakt een geïnitieerde post-sequentie in op de vorige sequentie, waardoor topicverandering vrijwel niet voorkomt.

In de geïnitieerde sequenties verrichten patiënten verschillende handelingen; vragen, doorvragen, vertellingen doen of samenvatten. Bij de handelingen 'vragen' betreft het altijd een nieuw geïnitieerde sequentie. Vertellingen worden ook geïnitieerd in nieuwe sequenties, maar vaker in een post-geïnitieerde sequentie. Daarnaast worden ook de handelingen 'doorvragen' en 'samenvatten' verricht post-sequenties. Over het algemeen worden er meer participerende handelingen verricht in een videoconsult dan in een regulier consult. Vertellingen komen daarbij vaker voor in reguliere consulten in vergelijking met videoconsulten. Daarentegen komt het stellen van vragen, geïnitieerd in een nieuwe sequentie of in een post-sequentie (doorvragen), vaker voor in videoconsulten. Dit is wellicht te verklaren doordat er meer patiënten met een vragenlijstje deelnamen aan de videoconsulten dan aan de regulier consulten. Of het medium invloed heeft op het vooraf opstellen en het gebruiken van een vragenlijstje tijdens het consult is onduidelijk. Wel kan gesteld worden dat een vragenlijst veelal leidt tot een verhoogde mate van participatie. Uit het vragenlijst blijkt daarnaast het voornemen van de patiënt om zich te informeren. Patiënten stellen hiermee als het ware hun eigen agenda op en oefenen zo controle uit op de informatieverstrekking van de arts. Echter, dit is enkel het geval wanneer de patiënt de vragen ook daadwerkelijk stelt in het consult. De patiënt kan dit op eigen initiatief doen door een nieuwe of een post-sequentie te initiëren of doordat de arts de patiënt de ruimte biedt door ernaar te vragen. In beide gevallen dient de zorgverlener een deel van de controle over te dragen aan de patiënt om participatie mogelijk te maken.

Hetzelfde geldt voor de handelingen doorvragen, vertellingen doen en samenvatten. Patiënten moet de ruimte krijgen, of nemen (door overlap of interruptie) om hun eigen punt in te brengen in de interactie. Dit is van belang omdat patiënten door middel van deze handelingen aan de arts kenbaar kunnen maken welke behoeftes, emoties en vragen er hen spelen. Zoals Schouten et al. (2007) en Nordin (2000) al stelden is dit noodzakelijk voor het ontstaan van wederzijds begrip; de informatie van zowel de arts als de patiënt is van belang om een volledig beeld van de situatie te krijgen en om daarop te kunnen acteren.

Met name timing blijkt invloed te hebben op de manier waarop en wanneer de patiënt een sequentie initieert. Initiatie gebeurt namelijk enkel wanneer de sequentiële omgeving dit toelaat; dat wil zeggen wanneer er ruimte is voor de patiënt om een nieuwe of een post-sequentie te produceren. Beurtwisseling speelt hierbij een belangrijke rol. In een videoconsult initieert de patiënt veelal een nieuwe of post-sequentie wanneer er een stilte is. Hij neemt met name de beurt wanneer de 'vloer' leeg is, door zichzelf te selecteren als volgende spreker of door door te gaan. In een regulier consult daarentegen, worden sequenties ook op andere wijzen geïnitieerd. Beurtwisseling vindt dan niet enkel na een stilte plaats, maar verloopt ook door interruptie of direct na een mogelijk voltooiingspunt van de vorige spreker. Hieruit blijkt dat het medium dus invloed heeft op de wijze van participatie; in een videoconsult is een stilte vrijwel noodzakelijk voor de patiënt om een participerende uiting te kunnen doen, terwijl een regulier consult ook andere momenten voor participatie biedt. Wel dient opgemerkt te worden dat stiltes in videoconsulten niet enkel veroorzaakt worden door de gespreksdeelnemers, maar ook door een vertraging van het medium video. Deze vertraging kan zowel belemmerend als bevorderend voor participatie zijn. Zo kan overlap effectieve communicatie mogelijk verhinderen, terwijl stiltes patiëntparticipatie juist blijken te bevorderen.

Uit de geanalyseerde consulten blijkt dat artsen veelal bemoedigend reageren op de participatiepogingen van de patiënt, doordat zij meestal inhoudelijk reageren in een tweede paardeel. Daarnaast reageren artsen door middel van minimale responsen als 'ja' of 'hm', die dienen als continueerders. Met deze continueerders of door niet zelf de beurt te nemen tijdens een tussentijdse stilte laat de arts zien dat de patiënt door kan gaan. Hieruit blijkt het coöperatieve aspect van het consult; beide gespreksdeelnemers hebben de ruimte om op eigen initiatief informatie te bespreken. Het belang van positieve feedback, wat al eerder werd beschreven door Roter (1977) wordt daarmee onderstreept. Daarnaast toont het de verschuiving naar een horizontale arts-patiëntrelatie, omdat een coöperatief proces uitgaat van gelijkwaardigere gesprekspartners.

Kortom, als expliciet antwoord op de onderzoeksvraag dient gesteld te worden dat het medium invloed op de wijze van participatie; in een videogemedieerd consult vindt patiëntparticipatie met name plaats na een stilte, terwijl er in een regulier consult meerdere 'mogelijke participatie-momenten' zijn. Dit betekent dus dat de verschillende media om verschillende communicatiestijlen vragen. Of specifieker, het medium video lijkt stilte als randvoorwaarde voor participatie te hebben. Uit de huidige studie blijkt dat dit niet de mate van participatie in de weg hoeft te staan. Een videoconsult is daarom een geschikt alternatief voor het reguliere consult.

Wetenschappelijke bijdrage

Dit onderzoek biedt nieuwe inzichten in de manier waarop patiënten participeren tijdens een videoconsult. Hoewel hier al eerder onderzoek naar is verricht, met name door Den Tuinder (2018), ontbraken er conversatie-analytische resultaten. Door middel van de conversatieanalyse van het corpus is in de huidige studie inzichtelijk gemaakt op welke wijze patiënten van beurt tot beurt participeren in zowel video- als reguliere consulten. Het huidige onderzoek heeft getracht ook de contextuele factoren te analyseren. Uit de sequentiële omgeving blijkt immers mede de betekenis van een uiting. Daarnaast maakt het inzichtelijk wanneer en op welke wijze participatie wordt bewerkstelligd in de interactie. Ondanks de verschillende onderzoeksmethoden en definitie van participatie komen enkele van mijn bevindingen overeen met die van Den Tuinder. Zo vond Den Tuinder meer patiënt-geïnitieerde vragen in videoconsulten dan in reguliere consulten en dat dus de wijze van participatie in een videoconsult afwijkt van reguliere consulten. Dit komt overeen met de huidige studie. Echter, in de huidige studie wordt dit verklaard door specifiek het moment en de wijze van beurovername. Zoals beschreven vindt participatie met name na een stilte plaats in een videoconsult, wat een waardevol en aanvullend resultaat is van conversatieanalyse.

Implicatie voor de praktijk

Om participatie in een videoconsult te bemoedigen is het van belang dat artsen de patiënt de ruimte geeft om te participeren. Dit kunnen zij doen door bijvoorbeeld een stilte te laten vallen. Stiltes blijken immers bevorderlijk voor patiëntparticipatie. Daarnaast heeft het geven van positieve feedback invloed op de participatie van de patiënt. Door middel van continueerders of door inhoudelijk te reageren kan de arts kenbaar maken aan de patiënt

dat hij beschikbaar is als luisteraar. Deze bemoediging vereist dat de arts zich als gelijkwaardige gesprekspartner opstelt door een minder dominante rol aan te nemen.

Daarnaast is het raadzaam om het opstellen van een vragenlijst te bemoedigen. Patiënten die voorafgaand aan het consult vragen hebben opgesteld, blijken veelal een hoge mate van participatie te vertonen.

Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In het huidige onderzoek is patiëntparticipatie enkel onderzocht door patiënt-geïnitieerde sequenties te analyseren. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op een bredere definitie van patiëntparticipatie, door ook uitingen te analyseren die worden geproduceerd als tweede paardeel. Tijdens de analyse van het corpus bleek namelijk dat patiënten ook veel informatie kenbaar maken in hun antwoorden op vragen van de arts. Het is om die reden interessant om te onderzoeken of hierin ook een vorm van participatie schuilgaat en of de wijze en de mate hiervan wordt beïnvloed door het type medium.

Tevens zal vervolgonderzoek inzichtelijk moeten maken welke invloed een eventuele vertraging van het medium video heeft op participatie. Uit het huidige onderzoek is namelijk gebleken dat timing een cruciale rol speelt in het moment waarop de patiënt een sequentie initieert. Echter, de videoconsulten zijn enkel geanalyseerd aan de kant van de arts. Het is niet duidelijk of er aan de kant van de patiënt eenzelfde vertraging op te merken is en of dit invloed heeft op de communicatie. Het is mogelijk de stiltes die naar voren komen in de video's en in de transcripten in het echt korter duren aan de kant van de patiënt. Indien dit het geval is heeft dit invloed op de aanname dat patiënten met name na een stilte participeren in een videoconsult.

Ook de rol die een eventuele aanwezige naaste in het consult heeft op patiëntparticipatie dient onderzocht te worden. Indien de naaste participeert door bijvoorbeeld vragen te stellen, kan dit effect hebben op de mate waarin de patiënt participeert. Dezelfde vraag hoeft immers niet twee keer gesteld te worden. Het is daarnaast mogelijk dat de wijze van participatie wordt beïnvloed; de naaste kan de patiënt aanzetten tot participatie, doordat naasten naar verwachting op de hoogte zijn van de vragen of emoties die spelen bij de patiënt. Dit kwam dan ook voor in het corpus; de naaste initieert een sequentie, waarna de patiënt hierop inhaakt en een participerende handeling verricht. Zoals beschreven dienen om die reden ook bijvoorbeeld tweede paardelen te worden geanalyseerd.

Daarnaast biedt de handeling 'vertellingen doen' ruimte voor verder onderzoek. Allereerst zou het interessant kunnen zijn om te analyseren wat patiënten precies doen wanneer zij een vertelling initiëren. In het huidige onderzoek zijn deze 'subhandelingen' nu nog gebundeld: de vertellingen bestaan uit uitingen waarin de patiënt ervaringen deelt, zoals het benoemen van lichamelijke klachten of het uitdrukken van zorgen, overtuigingen, wensen, hoop of emoties. Ten tweede zal uit de analyse van een groter corpus moeten blijken of vertellingen daadwerkelijk vaker voorkomen in reguliere consulten dan in videoconsulten. In het huidige corpus bleek dit wel het geval, maar gezien de uitschieters in de mate waarin vertellingen zijn geïnitieerd kan dit een vertroebeld beeld geven. Indien vertellingen daadwerkelijk vaker worden geïnitieerd in een regulier consult is het van belang om te achterhalen welke invloed het medium hierop heeft.

Tot slot zou vervolgonderzoek een groter corpus moeten analyseren, om ook de frequentie waarin fenomenen zich voordoen in kaart te brengen. In het huidige onderzoek dienen de genoemde aantallen slechts ter introductie van de mate waarin de verschillende participatiewijzen zich voordoen. Ondanks dat er al wel een verschil is op te merken in de mate van participatie in beide typen consulten, is het onduidelijk of het medium hierop van invloed is. Gezien de spreiding in participatie-aantallen binnen beide typen consulten die wordt veroorzaakt door enkele uitschieters, is er teveel variatie om hier conclusies aan te verbinden. Het verschil in aantallen tussen video- en reguliere consulten in het huidige onderzoek is daarnaast niet enkel toe te schrijven aan bijvoorbeeld het al dan niet aanwezig zijn van een vragenlijst. Naast de duur van het consulten hebben ook de verschillen tussen patiënten invloed op de frequentie van participatie. De ene patiënt is immers mondiger dan de ander. Het is om die reden interessant om in vervolgonderzoek de frequenties van participatie te meten en om te onderzoeken welke factoren hierop van invloed zijn. Een groter corpus kan daarbij vertroebelde resultaten door uitschieters voorkomen. Alleen dan kunnen er conclusies worden verbonden aan de frequentie waarin participerende handelingen voorkomen.

Literatuur

- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*, 79(3), 277-282.
- Ball, C. J., McLaren, P. M., Summerfield, A. B., Lipsedge, M. S., & Watson, J. P. (1995). A comparison of communication modes in adult psychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1(1), 22-26.
- Caron-Flinterman, J. F., Broerse, J. E., & Bunders, J. F. (2005). The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research?. *Social science & medicine*, 60(11), 2575-2584.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Cukor, P., Baer, L., Willis, B.S.; et al. (1998). Use of videophones and low-cost standard telephone lines to provide a social presence in telepsychiatry. *Telemedicine Journal* 4(4), 313-321.
- Den Tuinder, M. D. (2018). Patiëntparticipatie tijdens medische consulten.
- Derejczyk, J., Kawa, K., Bednorz, A., Lach, J., Hanusiak, A., Antoniuk, K., Szymczak, Seiffert, P. (2016). *Patients Assessment in Telegeriatics care*, 15(25).
- Ferrer-Roca, O., Garcia-Nogales, A., & Pelaez, C. (2010). The impact of telemedicine on quality of life in rural areas: the Extremadura model of specialized care delivery. *Telemedicine and e-Health*, 16(2), 233-243.
- Ghosh, G. J., McLaren, P. M., & Watson, J. P. (1997). Evaluating the alliance in videolink teletherapy. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 3(1), 33-35.
- Gill, V. T. (1998). Doing attributions in medical interaction: Patients' explanations for illness and doctors' responses. *Social Psychology Quarterly*, 342-360.
- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. E. (1985). Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med*, 102(4), 520-528.
- Grubbs, K. M., Fortney, J. C., Dean, T., Williams, J. S., & Godleski, L. (2015). A comparison of mental health diagnoses treated via interactive video and face to face in the Veterans Healthcare Administration. *Telemedicine and e-Health*, 21(7), 564-566.
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social science & medicine*, 47(3), 329-339.

- Henselmans, I., Bruinessen, I.R. van. (2014). Mondigheid in de spreekkamer: waarom is het moeilijk en kun je het leren? *Psychosociale Oncologie: 2014*, 22(4), 44-45
- Heritage, J. (2004). *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- 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.
- Martin-Khan, M., Wootton, R., Whited, J., & Gray, L. C. (2011). A systematic review of studies concerning observer agreement during medical specialist diagnosis using videoconferencing. *Journal of telemedicine and telecare*, 17(7), 350-357.
- Mazeland, H. J. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Coutinho.
- Miller, E. A. (2002). Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8(6), 311-318.
- Miller, E. A. (2003). The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication. *Journal of telemedicine and telecare*, 9(1), 1-7.
- Nordin, I. (2000). Expert and non-expert knowledge in medical practice. *Medicine, Health care and philosophy*, 3(3), 295-302.
- Pappas, Y., & Seale, C. (2009). The opening phase of telemedicine consultations: an analysis of interaction. *Social science & medicine*, 68(7), 1229-1237.
- Roter, D. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health education monographs*, 5(4), 281-315.
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. A. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient education and counseling*, 67(1-2), 214-223.
- Street Jr, R. L. (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social science & medicine*, 32(5), 541-548.
- Street Jr, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Medical care*, 960-969.
- Street, R. L., Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., & Haidet, P. (2003). Beliefs about control in the physician-patient relationship. *Journal of general internal medicine*, 18(8), 609-616.
- Tambuyzer, E. (2012). Eén verhaal, drie visies. Patiënten, familieleden en hulpverleners over participatie in de geestelijke gezondheidszorg.

- Ten Have, P. (2002). Sequential structures and categorical implications in doctor–patient interaction: ethnomethodology and history. University of Amsterdam.
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 16*(1).
- Wallace, P., Haines, A., Harrison, R., Barbour, J., Thompson, S., Jacklin, P., ... & Virtual Outreach Project Group. (2002). Joint teleconsultations (virtual outreach) versus standard outpatient appointments for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion: a randomised trial. *The lancet, 359*(9322), 1961-1968.
- Young, M., & Klinge, R. S. (1996). Silent partners in medical care: a cross-cultural study of patient participation. *Health Communication, 8*(1), 29-53.

Bijlage 1: Transcriptieconventies

Gesprekorganisorische relaties

(1.5)	Een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes, hetzij binnen een uiting van eenzelfde spreker (beurt-intern), hetzij tussen de beurten van twee opeenvolgende sprekers (beurt-extern).
(.)	Stilte korter dan 0,2 seconde
tekst= =tekst2	Er is geen waarneembare stilte tussen de beurten van twee op elkaar volgende sprekers, of tussen opeenvolgende uitingseenheden van dezelfde spreker.
[spreker1 [spreker2	Deze twee gespreksdeelnemers beginnen tegelijkertijd een beurt.
sp[reker1 [spreker2	Een tweede spreker begint tijdens de beurt van de huidige spreker, en wel precies op het punt waarop het haakje staat.
spr[eke]r1 [ja:]	De tweede, sluitende haak ']' geeft het punt aan waarop de uiting van de tweede spreker ophoudt (relatief ten opzichte van de uiting van de eerste spreker).

Prosodie

.	De punt wijst op een dalend intonatieverloop aan het eind van het betreffende uitingsdeel.
,	De komma wijst op een licht stijgend intonatieverloop.
?	Het vraagteken wijst op een sterk stijgende intonatie aan het einde van het betreffende uitingsdeel (het hoeft hier niet om een vraag te gaan).
!	Uitroepeteken: de spreker produceert het betreffende uitingsdeel met een uitroepachtige prosodie.
↑	Toonbeweging omhoog (voor de aanduiding van een lokale toonbeweging, voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep).
↓	Toonbeweging omlaag.
<u>accent</u>	De onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd.
re::kken	De betreffende (mede-)klinker is opvallend langer dan 'normaal' is voor deze spreker.
LUID	De in hoofdletters geschreven tekst wordt relatief luid uitgesproken.
°zacht°	Relatief zacht uitgesproken uiting(sdeel); als een fragment steeds zachter wordt, dan markering met twee afsluitende rondjes: °steeds zacht°.
afbre- afbreke-	De spreker houdt plotseling in, en breekt de productie van een woord of uitingsdeel abrupt af (er is een duidelijke articulatorische breuk).
>	De tekst die volgt, wordt relatief sneller uitgesproken (afsluitingsteken: <).
<	Idem, relatief langzamer (afsluitingsteken: >).

Geluidsproductie

.hHh	Duidelijk waarneembare inademing; elke h staat voor een duur van ongeveer 0,2 van een seconde. De hoofdletter H staat voor een relatief luidere inademing of een deel daarvan.
Hh	Hoorbare uitademing.
l(a(h)chend	Een h tussen ronde haken in het woord geeft aan dat het woord lachend wordt uitgesproken.
krakerig	Krakerig.
((snuift))	Karakterisering van een non-verbale activiteit, of andere opvallende verschijnselen ((hoest, kucht, ironisch)).

Transcriptieproblemen

()	Spreker zegt iets dat de transcribeerder niet kan verstaan (de lengte tussen haakjes is een globale aanduiding voor het aantal gemiste lettergrepen, 3 tekenposities per lettergreep).
(iets)	De transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst.

Vrijwel volledig overgenomen uit:

Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatie-analyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho: binnenkant kaft.