

# ‘Ik had ook een vraag’

Een conversatieanalytisch onderzoek naar de toepassing van het beurtwisselingsysteem door de naaste van de patiënt in medische videoconsulten.

Naam: Lisanne Beijer  
Studentnummer: 4433769  
Opleiding: Taalwetenschap  
Onderwijsinstelling: Radboud Universiteit  
Eerste begeleider: dr. Wyke Stommel  
Tweede begeleider: prof. dr. Helen de Hoop  
Datum: 14-02-2020

## **Voorwoord**

In februari 2019 heb ik mijn bachelorstage gelopen onder begeleiding van Wyke Stommel bij het onderzoek naar de participatie van naasten in medische consulten. Voor mijn stage moest ik zowel face-to-face consulten als videoconsulten transcriberen. Door het transcriberen van deze gesprekken werd mijn interesse gewekt in het onderzoek en kwam ik samen met Wyke op het idee om mijn scriptie op deze transcripten te baseren.

Het werken aan deze scriptie was voor mij een interessante uitdaging, aangezien het voeren van conversatieanalytisch onderzoek nog niet heel vaak aan bod was gekomen tijdens onze studie. Al gauw werd duidelijk dat ik onderzoek zou doen naar hoe naasten het beurtwisselingsysteem toepassen in medische videoconsulten. In de beginperiode van mijn scriptie bekeek ik samen met masterstudenten van CIW videofragmenten en konden we hier samen over sparren. Door het samen bekijken van deze fragmenten ontstond steeds meer een duidelijke analyse, mijn dank gaat hiervoor uit naar de studenten CIW. Ook wil ik mijn begeleidster Wyke Stommel bedanken voor de goede begeleiding. Na elk gesprek kon ik weer met goede moed en vol nieuwe motivatie verder aan mijn scriptie.

# Inhoudsopgave

|   |           |
|---|-----------|
| Samenvatting .....  | 3         |
| <b>1. Inleiding .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.1 Voor- en nadelen van videoconsulten .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>1.2 Eerder onderzoek naar video-gesprekken .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.3 Eerder onderzoek naar de rol van de naaste .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1.4 Beurtwisseling.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.5 Blikrichting.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.6 Huidig onderzoek .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>2. Methode .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>2.1 Data .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>2.2 Methode van de analyse.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>3. Analyse.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>3.1 De naaste wordt geselecteerd om deel te nemen door de huidige-kiest-volgende-techniek.....</b> | <b>13</b> |
| <b>3.2 Zelfselectie door de naaste wordt erkend.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>3.3 Zelfselectie door de naaste wordt niet erkend .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>4. Conclusie en discussie .....</b>  | <b>22</b> |
| <b>4.1 Conclusie.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>4.2 Discussie.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Aanbevelingen .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>Belang onderzoek.....</b>  | <b>24</b> |
| Literatuurlijst.....  | 25        |
| Bijlage .....   | 27        |

## **Samenvatting**

Veel organisaties raden het tegenwoordig aan dat patiënten een naaste meenemen naar een medisch consult (Street & Gordon, 2008). Er zijn al verschillende onderzoeken gevoerd naar de verschillende rollen die de naasten van de patiënt op zich kunnen nemen tijdens een face-to-face consult (Beisecker, 1989; Fioramonte & Vásquez, 2019; Wolff & Roter, 2011). Naar het gebruik van videoconsulten is nog weinig onderzoek gedaan. Vandaar dat er in dit bachelorwerkstuk is gekeken naar hoe de naaste zich, in een videoconsult, door middel van het beurtwisselingssysteem mengt in het gesprek tussen arts en patiënt.

Uit de analyses blijkt dat de naaste kan worden geselecteerd als volgende gespreksdeelnemer door de huidige-kiest-volgende-techniek (Mazeland, 2003). Deze techniek kan zowel door de arts als door de patiënt gebruikt worden. Ook kan de naaste zichzelf selecteren als gespreksdeelnemer door middel van zelfselectie (Mazeland, 2003). Deze zelfselectie van de naaste wordt niet altijd erkend door de patiënt als een volwaardige beurt in het gesprek en wordt hierdoor dan herhaald door de patiënt. Ook blijkt dat de zichtbaarheid van de naaste op het beeld een rol kan spelen bij het erkennen van de zelfselectie van de naaste. Het selecteren van de naaste als volgende gespreksdeelnemer door middel van de huidige-kiest-volgende-techniek kan plaatsvinden als de naaste te zien is in beeld, maar ook als de naaste niet te zien is in beeld.

## **1. Inleiding**

Medische communicatie wordt in veel onderzoeken gepresenteerd als een tweeweginteractie tussen een arts en een patiënt (Fioramonte & Vásquez, 2019). Echter, veel organisaties raden het aan dat patiënten een naaste meenemen naar een consult. Dit wordt vooral aangeraden bij oncologische consulten, aangezien deze niet alleen emotioneel traumatisch zijn, maar het hierbij ook van belang is dat er snelle en goede beslissingen worden gemaakt (Street & Gordon, 2008). Er zijn verschillende onderzoeken gevoerd naar de verschillende rollen die de naasten van de patiënt op zich kunnen nemen tijdens een face-to-face consult (Beisecker, 1989; Fioramonte & Vásquez, 2019; Wolff & Roter, 2011). Echter, er is nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van videoconsulten (Ekeland, Bowes, & Flottorp, 2010), terwijl het gebruik van videoconsulten in de medische wereld steeds meer in opmars is.

In dit bachelorwerkstuk onderzoek ik de deelname van een naaste van de patiënt in een videoconsult met een arts. Met behulp van conversatieanalyse onderzoek ik hoe de naasten, door het invoegen van beurten, zich mengen in het gesprek dat hoofdzakelijk tussen de arts en de patiënt gevoerd wordt. Ook wordt hierbij gekeken of zichtbaarheid van de naaste op het scherm hierbij een rol speelt.

### **1.1 Voor- en nadelen van videoconsulten**

Aangezien er in de medische wereld steeds vaker gebruik wordt gemaakt van videoconsulten, is er onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen van videoconsulten (Ekeland, Bowes, & Flottorp, 2010; Hjelm, 2005; Vergallo et al., 2017). Door het gebruik van een videoconsult kan de patiënt via een videoverbinding een consult uitvoeren met zijn arts en hoeft de patiënt niet naar het ziekenhuis voor een consult. Dit is vooral handig voor het voorkomen van lange reistijd en eventueel ongemak dat het reizen met zich meebrengt voor de patiënt, zoals reiskosten en het eventueel beroep doen op naasten om hun te begeleiden tijdens de reis (Stommel, van Goor, & Stommel, 2019). Ook kan het gebruik van videoconsulten zorgen voor een kortere wachttijd dan wanneer er sprake is van face-to-face consulten (Ekeland, Bowes, & Flottorp, 2010).

Een nadeel aan videoconsulten is dat patiënten die verminderd gehoor of slechter zicht hebben, vaak meer moeite hebben met het volgen van de videogesprekken (Vergallo et al., 2017). Ook oudere patiënten hebben soms moeite met het accepteren van de verschijning van hun arts op een beeldscherm (Hjelm, 2005). Een ander belangrijk nadeel aan videoconsulten is dat er geen fysiek onderzoek kan plaatsvinden. De patiënt of een andere zorgverlener, indien aanwezig, moet zelf het onderzoek verrichten met behulp van aanwijzingen van de arts (Hjelm, 2005; Pappas & Seale, 2010).

Al met al zijn patiënten ondanks bepaalde nadelen tevreden met videoconsulten en hebben ze hun vertrouwen hierin getoond (Hjelm, 2005). Patiënten zijn vooral te spreken over videoconsulten wanneer de arts zijn best doet om ook via een videoconsult zijn empathie te tonen aan de patiënt (Demiris, Edison, & Vijaykumar, 2005).

### **1.2 Eerder onderzoek naar video-gesprekken**

Er is niet alleen onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen van videoconsulten, maar ook naar het verloop van het gesprek in videogesprekken. Door middel van conversatieanalyse is er van beurt tot beurt geanalyseerd wat er gebeurt in het gesprek en hoe dit gebeurt in relatie tot wat er zichtbaar is op het scherm. De handelingen die gespreksdeelnemers in deze beurten doen worden sequenties genoemd. Sequenties zijn beurten die samenhangen en waarin de

gespreksdeelnemers samen een interactionele activiteit realiseren, zoals bijvoorbeeld een opening van het gesprek (Mazeland, 2003). Uit onderzoek van Licoppe en Morel (2012) blijkt dat het in de openingssequentie van videobellen van belang is dat de beller en de ontvanger elkaar identificeren. Met als gevolg dat wanneer er een videoverbinding wordt opgestart de deelnemende personen zoveel mogelijk van hun gezicht laten zien. Ook wanneer twee personen hetzelfde scherm moeten delen, moeten zij zo goed mogelijk hun best doen om het scherm gelijk over hun beiden te verdelen. Het tonen van je gezicht tijdens videobellen is namelijk een manier om de ontvanger te laten weten met wie hij een gesprek heeft. Dit wordt ook wel de *talking head*-positie genoemd (Licoppe & Morel, 2012). Volgens Licoppe (2017) kan de openingssequentie in videobellen ook al plaatsvinden voordat beide gespreksdeelnemers elkaar hebben gezien. Er vinden verschillende auditieve en visuele handelingen plaats, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een wederzijdse schermoriëntatie. Voor de opening van het gesprek is de *talking head*-positie dus nog niet van belang (Licoppe, 2017).

Ook Licoppe en Morel (2012) stellen dat het niet zo is dat gespreksdeelnemers altijd een gesprek voeren in de *talking head*-positie. De *talking head*-positie is niet noodzakelijk wanneer gespreksdeelnemers iets willen laten zien aan elkaar. Daarentegen is het wel zo dat de spreker erop wordt geattendeerd door de ontvanger als zijn gezicht niet goed te zien is en wanneer hiervoor geen geldige reden gegeven is. Hierdoor heeft de spreker de mogelijkheid om weer terug te keren in de *talking head*-positie (Licoppe & Morel, 2012).

Het voordeel van de *talking head*-positie bij twee participanten is vooral dat ze hierdoor makkelijker te identificeren zijn. Bij een videogesprek met meer participanten daarentegen is het een stuk gecompliceerder om de *talking head*-positie te gebruiken. Volgens Licoppe en Morel (2012) is er dan sprake van een bepaald maxime, namelijk '*put the face of the current speaker on-screen*'. Door het verschijnen in beeld stelt de gespreksdeelnemer zich kandidaat als volgende spreker en wordt hij door de huidige spreker als actieve luisteraar gezien (Licoppe & Morel, 2012). Het is de taak van diegene die het scherm bestuurt om te zorgen voor '*put the face of the current speaker on-screen*' (Licoppe & Morel, 2012). In een onderzoek van Licoppe, Verdier en Dumoulin (2013) naar het gebruik van videoverbinding in de rechtszaal bleek dat de huidige spreker telkens in beeld werd gebracht. Dit onderzoek laat zien dat er ook in institutionele settingen gebruik wordt gemaakt van '*put the face of the current speaker on-screen*'. Er is ook al onderzoek gedaan naar videogemedieerde interactie tussen arts en patiënten (Pappas & Seale, 2009; Stommel et al., 2019).

Pappas en Seale (2009, 2010) hebben onderzoek gedaan naar videoconsulten door middel van conversatieanalyse toe te passen op medische videoconsulten met aan de ene kant een patiënt en aan de andere kant een arts. Soms was er bij de patiënt ook nog een of meer verpleegkundige(n) aanwezig. Uit hun onderzoek blijkt dat de grote lijnen in consulten worden bepaald door de arts, zowel bij face-to-face consulten als bij videoconsulten (Pappas & Seale, 2009). Bij het onderzoek van Pappas en Seale (2009) is er een derde persoon aanwezig, namelijk de verpleegkundige. Het is bij zowel face-to-face consulten als bij videoconsulten ook mogelijk dat er een naaste van de patiënt aanwezig is als derde persoon bij het consult. De naasten van de patiënt zorgen voor emotionele en praktische ondersteuning, ook spelen zij vaak een rol in het maken van beslissingen (Laidsaar-Powell et al., 2013).

### 1.3 Eerder onderzoek naar de rol van de naaste

Uit onderzoek naar de rol van de naaste bij consulten blijkt dat familieleden, die aanwezig zijn bij consulten tussen arts en patiënt, verschillende rollen kunnen vervullen (Fioramonte & Vásquez, 2019). Fioramonte en Vásquez (2019) onderscheiden hierin vier verschillende rollen; de naaste spreekt *namens* de patiënt, *voor* de patiënt, *over* de patiënt en *naast* de patiënt.

De naaste die spreekt *namens* de patiënt komt vooral voor bij geriatrische consulten. Oudere patiënten worden vaker vergezeld door een naaste, aangezien zij regelmatig moeite hebben met spreken of horen. In dit geval neemt de naaste soms de gespreksrol van de patiënt over (Wolff & Roter, 2011). Een andere reden waardoor het wenselijk is als de naaste *namens* de patiënt spreekt, is dat er bij oudere patiënten soms sprake is van verminderde cognitieve functies (Fioramonte & Vásquez, 2019). Ook in de pediatrie spreekt de naaste vaak *namens* de patiënt, aangezien het hier gaat om jonge kinderen waarbij de cognitieve en linguïstische functies nog steeds in ontwikkeling zijn. Hierdoor treedt de naaste op als derde partij om beslissingen over hun gezondheid te maken (Fioramonte & Vásquez, 2019). Mazer, Cameron, DeLuca, Mohile en Epstein (2014) zien het spreken *namens* de patiënt als een spectrum. Zij plaatsen *pseudo-surrogacy* aan de ene kant en faciliterende communicatie aan de andere kant van het spectrum. *Pseudo-surrogacy* houdt in dat de naaste en de patiënt beide in de kamer aanwezig zijn en de patiënt in staat is om zelf te antwoorden. Toch spreekt de naaste *namens* de patiënt alsof de patiënt niet eens in de kamer is of alsof de patiënt niet in staat is om zelf te antwoorden. Er is sprake van faciliterende communicatie wanneer de naaste faciliterende uitspraken gebruikt om de patiënt aan te moedigen ook deel te nemen aan het gesprek (Mazer et al., 2014). Deze faciliterende uitspraken die door de naaste worden geproduceerd, bevatten aannames over de overtuigingen van de patiënt.

De tweede rol is de naaste die spreekt *voor* de patiënt. Deze rol lijkt erg op de rol van de naaste die spreekt *namens* de patiënt. Maar bij het spreken *voor* de patiënt gaat het vaak ook om het herhalen door de naaste van uitspraken die eerder door de patiënt zijn gezegd (Mazer et al., 2014). Deze rol komt net zoals het spreken *namens* de patiënt vooral voor in de geriatric.

De derde rol die de naaste kan aannemen volgens Fioramonte en Vásquez (2019) is het spreken *over* de patiënt. Deze rol komt vooral voor wanneer er bij een gesprek met drie deelnemers, er twee een andere mening hebben dan de overige deelnemer. Deze twee spannen dan als het ware samen tegen de andere deelnemer. Doordat de arts en de naaste dezelfde mening hebben wordt er *over* de patiënt gesproken door de naaste. Het praten *over* de patiënt kan zowel negatieve als positieve invloeden hebben (Fioramonte & Vásquez, 2019). Wanneer de arts en de naaste samenwerken om de patiënt te motiveren door *over* hem te praten is er sprake van een positieve invloed. Er is sprake van een negatieve invloed wanneer de arts en de naaste samen negatief *over* de patiënt praten (Fioramonte & Vásquez, 2019).

De laatste rol is het spreken *naast* de patiënt. Deze rol komt vooral voor bij volwassen patiënten die hun partners meenemen of hun volwassen kinderen. Door het spreken *naast* de patiënt stelt de naaste van de patiënt zichzelf op als waardige gespreksdeelnemer. Hierdoor kan de naaste bepaalde details over de gezondheid van de patiënt aanvullen of helpen bij het maken van medische beslissingen (Fioramonte & Vásquez, 2019). Het spreken van de naaste *naast* de patiënt is in de meeste gevallen niet nodig, aangezien de volwassen patiënt zelf in staat is om over zijn eigen gezondheid te praten en zelf beslissingen te maken (Fioramonte & Vásquez, 2019).

Een ander onderzoek naar de verschillende rollen van naasten in medische consulten is het onderzoek van Beisecker (1989). Volgens zijn onderzoek kan de naaste drie verschillende rollen vervullen in het gesprek. Als eerste praat Beisecker over *watchdog*, dit houdt in dat de naaste de arts meer informatie geeft over de patiënt of openlijk twijfelt aan de informatie die de patiënt aan de arts geeft. Een andere rol is de *significant other*, hierdoor gaat de arts vaak over de patiënt in de derde persoon spreken. De laatste rol die Beisecker (1989) benoemt is *surrogate patient*, in deze rol praat de naaste namens de patiënt, hij beantwoordt vragen die gesteld zijn aan de patiënt en geeft vaak ongevraagde informatie aan de arts. Uit het onderzoek van Beisecker (1989) blijkt dat zowel de arts als de patiënt door de naaste worden beïnvloed tijdens het medische consult.

Aangezien de naaste gedurende het gesprek verschillende rollen op zich kan nemen, zorgt de aanwezigheid van de naaste tijdens het consult voor een verhoogde complexiteit van het gesprek (Fioramonte & Vásquez, 2019). De aanwezigheid van de naaste beïnvloedt het gesprek in een arts-patiënt interactie. Volgens Karnieli-Miller, Werner, Neufeld-Kroszynski en Eidelman (2012) kan de aanwezigheid van de naaste een negatieve invloed hebben doordat de patiënt dan zelf minder deelneemt aan het gesprek of zelfs helemaal wordt uitgesloten bij discussies. Echter, de aanwezigheid van de naaste kan ook een positieve invloed hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. Een voorbeeld van een positieve invloed van de aanwezigheid van de naaste blijkt uit het onderzoek van Labrecque, Blanchard, Ruckdeschel en Blanchard (1991). Uit dit onderzoek blijkt dat de arts meer informatie verschaft wanneer een naaste van de patiënt aanwezig is.

Bovenstaande onderzoeken zijn allen gebaseerd op face-to-face consulten. In deze consulten is gekeken naar de verschillende rollen die een naaste op zich kan nemen tijdens een consult. Een andere mogelijkheid om een medisch consult te analyseren is door te kijken naar de beurtopbouw van het gesprek door middel van het toepassen van conversatieanalyse. Een onderdeel van de beurtopbouw van het gesprek is het beurtwisselingssysteem. In dit bachelorwerkstuk worden de uitingen van naasten vanuit het beurtwisselingssysteem geanalyseerd.

#### **1.4 Beurtwisseling**

Conversatieanalyse is een onderzoeksrichting op het gebied van de interactieanalyse. Met behulp van conversatieanalyse kan worden onderzocht hoe gespreksdeelnemers betekenis geven aan een gesprek door hun handelingen (Mazeland, 2003). Een belangrijk onderdeel van conversatieanalyse is beurtwisseling. De beurt is de sociale tekstdrager van uitingen in gesprekken (Mazeland, 2003). Wanneer beurtwisseling niet plaatsvindt, of als er geen flexibele wisseling tussen verschillende rollen zoals 'spreker' en 'luisteraar' plaats kan vinden, is er geen sprake van een gesprek, maar is er sprake van een monoloog. Vandaar dat beurtwisseling gezien wordt als de logistieke basis van een gesprek. Hoe het beurtwisselingssysteem van gesprekken of algemener, interactie, werkt is beschreven door Sacks, Schegloff en Jefferson (1974). Zij stelden vast dat het uit twee delen bestaat. Het eerste deel is de beurtopbouwcomponent, hierin vinden verschillende technieken plaats om te bepalen op welke plaats in de conversatie beurtwisseling kán plaatsvinden. Het tweede deel is de beurttoewijzingscomponent, die betrekking heeft op verschillende technieken om te bepalen wie de volgende spreker in de volgende beurt wordt (Sacks et al., 1974).

De beurtopbouw eenheid is samen met een mogelijk voltooiingspunt onderdeel van elke beurt en is het eerste deel van het beurtwisselingssysteem. Het mogelijk voltooiingspunt is de plaats in de conversatie waar de gespreksdeelnemers eventueel van beurt kunnen



wisselen (Mazeland, 2003). Gespreksdeelnemers proberen vanaf het begin van de beurtopbouw eenheid te bepalen wat voor type beurtopbouw eenheid het is. Door dit te bepalen kan de gesprekspartner door deze beurtopbouw eenheden proberen te voorspellen wanneer de huidige spreker klaar is en wanneer er dus sprake is van een mogelijk voltooiingspunt (Mazeland, 2003).

Het tweede deel van het beurtwisselingsstelsel is de beurttoewijzingscomponent. Door middel van de beurttoewijzingscomponent wordt de volgende beurt toegewezen aan de volgende spreker. Er zijn drie manieren waarop een beurt kan worden vervolgd (Mazeland, 2003). Als eerste is er de mogelijkheid voor de huidige spreker om zelf door te gaan met spreken en zijn beurt dus niet door te geven aan een andere spreker. Deze mogelijkheid kan alleen benut worden wanneer de volgende twee mogelijkheden, die in de volgende alinea's besproken worden, niet aan bod komen tijdens de huidige beurt van de huidige spreker (Mazeland, 2003).

Als tweede is er de mogelijkheid voor de huidige spreker om de volgende spreker te kiezen, de huidige-kiest-volgende-techniek (Mazeland, 2003). De geselecteerde spreker heeft het recht, en in feite ook de plicht, om als volgende spreker de beurt te nemen. Andere gesprekspartners hebben dit recht niet en maken hier bij voorkeur dan ook geen gebruik van.

*Fragment 1 Video 4*

|   |    |                                       |
|---|----|---------------------------------------|
| 1 | A: | maar welke kuur heeft u het nou over? |
| 2 | P: | cytostatica kuur;                     |
| 3 | A: | die heeft u nu weer gekregen al;      |
| 4 |    | even kijken;=                         |

In fragment 1 is een voorbeeld te zien van de huidige-kiest-volgende-techniek. De arts (A) stelt in regel 1 de patiënt (P) een vraag door het gebruik van 'u' en door naar kennis te vragen waarover de patiënt beschikt. De patiënt neemt als volgende spreker de beurt en geeft antwoord in regel 2.

De laatste mogelijkheid is dat een gesprekspartner zichzelf selecteert als spreker voor de volgende beurt, dit wordt zelfselectie genoemd (Mazeland, 2003). Dit kan alleen wanneer er geen sprake is van de huidige-kiest-volgende-techniek. Mocht zelfselectie voorkomen, dan heeft diegene die op het eerstmogelijke voltooiingspunt een volgende beurt start, ook het recht op deze beurt en zal er ook beurtwisseling plaatsvinden (Mazeland, 2003).

*Fragment 2 Video 4*

|   |    |                                 |
|---|----|---------------------------------|
| 1 | A: | oke helemaal goed;              |
| 2 |    | (1.0)                           |
| 3 | N: | die eh fraxiparine;             |
| 4 | P: | owja maar die zijn al ja;       |
| 5 |    | ik had fraxiparine meegekregen; |

In fragment 2 is een voorbeeld te zien van zelfselectie. De naaste (N) selecteert zichzelf in regel 3 nadat een vorige sequentie was afgerond door de arts (“oke helemaal goed”, regel 1) en na een stilte van 1.0 seconde.

Kenmerkend voor conversaties is dat ze niet volgens een vooropgezet plan verlopen, ze worden lokaal georganiseerd, van beurt tot beurt (Mazeland, 2003). Conversaties in institutionele settings, zoals bijvoorbeeld een arts-patiëntgesprek, sollicitatiegesprek of een les op school, zijn wel meer voorgestructureerd dan gesprekken in informele kring. Bij institutionele gesprekken heerst er een verwachting van wie er op een bepaald punt aan de beurt is en wat de inhoud van die beurt zal zijn. Dit wordt ook wel pre-allocatie genoemd. Door de pre-allocatie is de vormgeving van deze gesprekken meer voorspelbaar (Mazeland, 2003).

Sacks et al. (1974) hebben twee observaties gemaakt over de beurtwisselingorganisatie in informele gesprekken. Hun eerste observatie is dat er in conversaties relatief weinig door elkaar heen wordt gepraat; de gespreksdeelnemers vermijden overlap in hun gesprek. De tweede observatie van Sacks et al. (1974) is dat er (bijna) geen lange stiltes plaatsvinden; de gespreksdeelnemers vermijden stiltes tussen de beurten in. Volgens Mazeland (2003) betekent dit dat lange pauzes als ongemakkelijk worden gezien en overlap, oftewel door elkaar praten, gezien kan worden als agressief of onbeleefd.

Het beurtwisselingssysteem werkt het beste bij een klein aantal deelnemers (Sacks et al., 1974). Het systeem beregelt twee sprekers in een beurt, de huidige spreker en de volgende spreker. Wanneer een gesprek meer dan twee sprekers heeft, is er altijd een spreker die buiten het gesprek wordt gehouden tijdens de beurt. Door middel van beurtwisseling kan deze spreker zich weer in het gesprek mengen. Beurtwisseling is bij een gesprek tussen drie personen gecompliceerder dan bij een gesprek tussen twee personen. Bij een gesprek tussen twee personen wordt de volgende beurt vanzelf toegewezen aan de niet-spreker, mits de huidige spreker niet zichzelf selecteert om door te spreken (Mazeland, 2003). Wanneer er sprake is van een gesprek tussen drie personen ligt er niet meer vast welke van de twee niet-sprekers de volgende beurt krijgt (Sacks et al., 1974). Het gebruik van de huidige-kiest-volgende-techniek en het gebruik van blikrichting kan hierbij helpen (Auer, 2017).

### **1.5 Blikrichting**

Blikrichting, oftewel waar de gespreksdeelnemers naar kijken tijdens het gesprek, speelt ook een rol in het beurtwisselingssysteem (Auer, 2017). Er is een onderscheid te maken tussen blikrichting die wordt gebruikt om de geadresseerde aan te spreken of blikrichting die wordt gebruikt om de volgende spreker te selecteren (Auer, 2017). Bij een gesprek met drie personen verplaatst de huidige spreker gedurende zijn beurt zijn blikrichting telkens tussen beide gespreksdeelnemers. Dit doet hij zodat alle gespreksdeelnemers worden aangesproken als geadresseerde tijdens zijn beurt. Deze blikrichtingen staan niet gelijk aan de huidige-selecteert-volgende-techniek, maar zijn wel een ondersteuning hiervan. Blikrichting werkt alleen als selectietechniek wanneer de huidige spreker het mogelijke voltooiingspunt van zijn beurt nadert (Auer, 2017).

Uit een onderzoek van Lerner (2003) blijkt dat er ook een nadeel zit aan het gebruiken van blikrichting als huidige-selecteert-volgende-techniek, aangezien de gesprekspartners hun blik ergens anders op gericht kunnen hebben en daardoor de selectie door middel van blikrichting van de huidige spreker missen. Ook Auer (2017) geeft aan dat het gebruik van blikrichting als huidige-selecteert-volgende-techniek minder sterk is wanneer er geen sprake is van verbale ondersteuning. Het combineren van voornaamwoorden in de tweede persoon,

'jij', met het gebruik van blikrichting is de meest efficiënte manier om de huidige-kiest-volgende-techniek toe passen (Ford, Wagner, & Lerner, 1996).

## **1.6 Huidig onderzoek**

In eerder onderzoek naar videoconsulten is gekeken naar de verschillende rollen die de naaste van de patiënt kan aannemen tijdens het consult (Beisecker, 1989; Fioramonte & Vásquez, 2019; Mazer et al., 2014). Voor het verkrijgen van deze rollen moet de naaste van zich laten horen tijdens het consult. Maar er is nog geen eerder onderzoek verricht naar hoe de naaste zich invoegt in het beurtverloop van het consult. Vandaar dat in dit bachelorwerkstuk wordt onderzocht of de naaste wordt geselecteerd door middel van de huidige-kiest-volgende-techniek, toegepast door zowel de arts als door de patiënt. Of dat de naaste zichzelf juist selecteert door middel van zelfselectie toe te passen. Ook wordt er gekeken of de naaste bij medische videoconsulten in de *talking head*-positie deelnemen aan het gesprek of juist niet. Door conversatieanalyse toe te passen op de medische videoconsulten kan beter gekeken worden hoe videoconsulten in de praktijk werken.

Door middel van het beurtwisselingsstelsel wordt gekeken hoe de naaste van de patiënt deelneemt aan het gesprek. De onderzoeksvraag is dan ook: Hoe voegt de naaste zich in het beurtverloop van het consult door middel van het beurtwisselingsstelsel?

## 2. Methode

### 2.1 Data

In dit onderzoek zijn data gebruikt afkomstig van een onderzoek van de afdeling chirurgie van het Radboud UMC in Nijmegen. Hiervoor zijn opnames gemaakt van zowel face-to-face consulten als van videoconsulten. Deze consulten werden gevoerd door chirurgen van de afdeling van de maag-, darm- en leverziekten. De patiënten hadden een tumorresectie ondergaan en het consult vond ongeveer twee weken na de operatie plaats. Tijdens het consult werd de uitslag van pathologische testen besproken. Behalve de chirurg en de patiënt namen soms een of meerdere naasten deel aan het consult. Aangezien het om onderzoek met patiënten ging, is er toestemming verkregen van de medische-ethische commissie van het RadboudUMC.

Er werd onder andere voor een videoconsult gekozen zodat de patiënt niet hoefde te reizen vlak na de operatie om de arts te kunnen zien. Dit is vooral handig voor patiënten die nog te zwak zijn na hun operatie of die ver moeten reizen om bij het ziekenhuis te kunnen komen. Voor het uitvoeren van de videoconsulten werd de beveiligde software 'Facetalk' gebruikt. De patiënten kregen zelf de keuze of ze een videoconsult wilden of dat ze liever naar het ziekenhuis wilden komen voor een consult. Na het maken van hun keuze kregen de patiënten alle informatie over het onderzoek en gaven zij hun toestemming voor deelname.

Alle consulten zijn opgenomen met behulp van twee camera's, geïnstalleerd door medische stagiairs. Bij een face-to-face consult was er een camera gericht op de arts en een op de patiënt en indien van toepassing op de naaste. Bij een videoconsult was er een camera gericht op de arts en een camera gericht op het scherm van de arts. Op het scherm van de arts was de patiënt en soms ook diens naaste te zien. Er zijn in totaal 39 consulten opgenomen. Hiervan waren er 22 videoconsulten, waarvan er bij elf videoconsulten een naaste aanwezig was bij het gesprek. Eén van de consulten (video 4) is niet meegenomen in de analyse, omdat de naaste alleen in het begin van de video heel even te zien is, maar hij helemaal niet meedoet aan de conversatie. Video 18 is ook niet meegenomen in de analyse, aangezien de naaste slechts één keer te horen is tijdens het consult en deze uiting helaas onverstaanbaar is. De data voor mijn onderzoek bestonden dus uit negen opnames van videoconsulten.

Tabel 1 Gegevens deelnemers onderzoek

| Inclusienummer | Gender patiënt | Relatie naaste ten opzicht van patiënt | Gender naaste | Duur consult |
|----------------|----------------|--|---------------|--------------|
| 3              | Man            | Partner                                | Vrouw         | 14:08        |
| 6              | Vrouw          | Onbekend                               | Man           | 15:18        |
| 11             | Man            | Partner                                | Vrouw         | 12:38        |
| 13             | Vrouw          | Onbekend                               | Man           | 12:35        |
| 17             | Vrouw          | Ouder                                  | Vrouw         | 14:00        |
| 20             | Vrouw          | Zoon                                   | Man           | 21:02        |
| 27             | Vrouw          | Onbekend                               | Man           | 11:18        |
| 31             | Man            | Partner en zoon                        | Man en vrouw  | 10:26        |
| 39             | Vrouw          | Onbekend                               | Man           | 15:43        |

## 2.2 Methode van de analyse

Van de videoconsulten zijn transcripten gemaakt op basis van de conventies van conversatieanalyse (Jefferson, 2004), zie bijlage A. Deze transcripten zijn gebruikt om de videoconsulten te analyseren.

Eerst is er een selectie gemaakt in de data van videogesprekken waarbij de naaste aanwezig was, zoals in tabel 1 te zien is waren dit dus negen opnames van videoconsulten. Na deze selectie is er gekeken naar het verbale aandeel van de naaste in de gesprekken. Vervolgens heb ik een verzameling gemaakt van alle sequenties waarin een naaste sprak. Deze verzameling bestond uit 54 sequenties. Uit deze 54 sequenties zijn de 18 sequenties waarin de naaste alleen een actieve luisterhouding toonde en niet actief de beurt nam in het gesprek eruit gefilterd. Hierdoor bleven er 36 sequenties over waarin de naaste actief de beurt nam in het gesprek. Hierna is voor iedere sequentie vastgesteld op welke de manier de naaste de beurt kreeg, dat wil zeggen of de naaste geselecteerd werd door de arts of de patiënt, of zichzelf selecteerde en of deze beurt erkend werd door de overige gespreksdeelnemers of niet. Deze verschillende manieren van beurtwisseling zijn ingedeeld in subverzamelingen. Per subverzameling is er ook vastgesteld of de naaste helemaal in beeld was of maar gedeeltelijk of juist helemaal niet en hoe dit eventueel in combinatie met blikrichting samenhang met het krijgen/nemen van de beurt. Deze verzamelingen met beurtwisselingen en de reactie van de overige gespreksdeelnemers hierop heeft uiteindelijk geleid tot drie verschillende verzamelingen.

De eerste verzameling is van sequenties waarin de naaste de beurt toegewezen krijgt door de arts of door de patiënt. In de tweede verzameling neemt de naaste de beurt door middel van zelfselectie en wordt dit door de overige gespreksdeelnemers erkend. En in de derde verzameling neemt de naaste ook de beurt door middel van zelfselectie, maar wordt dit niet door de overige gespreksdeelnemers erkend. In de volgende paragraaf worden de bevindingen gepresenteerd aan de hand van representatieve voorbeelden.

### 3. Analyse

In de dertien geanalyseerde videogesprekken, waarbij een naaste van de patiënt zich bij het gesprek bevindt, zijn verschillende manieren van participatie gevonden. Door middel van het beurtwisselingsysteem wordt de naaste actief bij het gesprek betrokken door de huidige-kiest-volgende-techniek (3.1). Ook komt zelfselectie door de naaste voor en wordt dit erkend (3.2). Bij zelfselectie door de naaste komt het ook wel eens voor dat deze niet wordt erkend (3.3). Deze verschillende manieren van beurtwisseling kunnen binnen een gesprek afwisselend gebruikt worden.

#### 3.1 De naaste wordt geselecteerd om deel te nemen door de huidige-kiest-volgende-techniek

In onderstaande fragmenten wordt de huidige-kiest-volgende-techniek gebruikt door zowel de patiënt, als door de arts, om de naaste als volgende spreker te selecteren. Zowel in beeld, als buiten beeld, wordt de naaste aangesproken door de huidige spreker.

Fragment 3 laat een voorbeeld zien waarbij de naaste in het gesprek wordt betrokken door de patiënt terwijl beiden te zien zijn in beeld. De patiënt (vrouw, links in figuur 1) en de naaste (man, rechts in figuur 1) zitten naast elkaar in beeld (figuur 1). Voorafgaand aan fragment 3 heeft de naaste allerlei vragen gesteld over de behandeling van de patiënt.

Fragment 3 Video 20

|    |    |  |
|----|----|--|
| 1  | P: | ja maar IK uh ik kan zelf wel uhm achter dit behandelplan staan. |
| 2  | A: | ja;  |
| 3  | P: | ik (0.8)   |
| 4  |    | ((P kijkt naar N#))  |
| 5  |    | #Figuur 1  |
| 6  |    | jij stefan?  |
| 7  |    | (1.5)  |
| 8  | N: | ja: nouja kijk goed uhh de de de; (1.7)                          |
| 9  |    | het is gewoon puur de noodzaak uh;                               |
| 10 |    | (0.2)  |
| 11 | P: | ja het moet gewoon [hahaha]                                      |



Figuur 1 Video 20

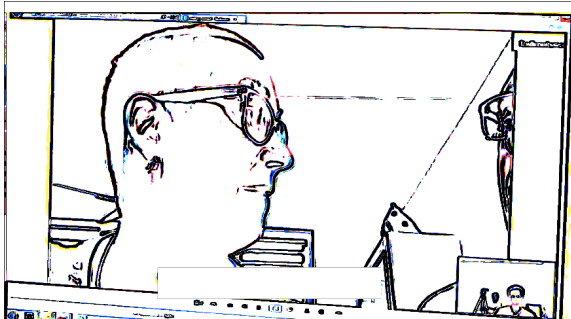
De patiënt zegt dat ze zelf wel achter het behandelplan staat, waarmee ze verwijst naar het eerder besproken behandelplan van de arts. Dit doet ze door de nadruk te leggen op 'IK' (regel 1), waarmee ze zich indirect oriënteert op mogelijke anderen. In regel 3 zegt de patiënt

nogmaals ‘ik’ en hierna volgt een stilte van 0.8 seconden. In deze pauze kijkt de patiënt naar de naaste en hiermee kiest zij hem als volgende spreker door middel van haar blikrichting (Auer, 2017). De naaste heeft hierdoor de mogelijkheid om de pauze op te vullen door zijn toegewezen beurt te accepteren. Wanneer dit niet gebeurt, spreekt ze na deze pauze de naaste expliciet aan (regel 6). Dit doet ze door haar blik op de naaste te richten en vervolgens ook zijn naam te noemen. Nadat hij wordt aangesproken geeft de naaste na een pauze van 1.5 seconden antwoord in regel 8.

In fragment 4 wordt de naaste buiten beeld geselecteerd als volgende spreker door de patiënt. Er vindt een gesprek plaats tussen arts en patiënt. Eerder in het gesprek ziet de arts een deel van de naaste in beeld, rechts van de patiënt. Ook wanneer de arts de naaste niet ziet, of slechts een deel, neemt deze toch deel aan het gesprek. Aan het einde van het gesprek wordt de naaste door de patiënt uitgenodigd om een vraag te stellen, door zowel verbale als non-verbale communicatie.

*Fragment 4 Video 6*

|   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | A: | •hh e:n e:h zijn er nog <u>andere</u> dingen    |
| 2 |    | waar ik u mee eh kan helpen;                    |
| 3 |    | (2.0)   |
| 4 | P: | ((P kijkt naar N#))                             |
| 5 |    | #Figuur 2                                       |
| 6 |    | °weet jij iets°                                 |
| 7 | N: | we willen u bedanken [voor deze goede service.] |
| 8 | P: | [ja bedankt, ]                                  |



*Figuur 2 Video 6*

In regel 2 van fragment 4 stelt de arts een vraag gericht aan de patiënt. De patiënt reageert hierop na een pauze van 2.0 seconden en richt zich tot de naaste. In regel 4 wordt de naaste aangesproken door de patiënt en tegelijkertijd kijkt de patiënt naar de naaste. Pas nadat de naaste wordt aangesproken mengt deze zich in het gesprek in regel 7.

In regel 2 gebruikt de arts het woord ‘u’ wat zowel op de patiënt, als op de naaste kan slaan. In de daaropvolgende stilte van 2.0 seconden neemt niemand de beurt. Pas wanneer de patiënt de naaste aankijkt (regel 4) en hem een vraag stelt neemt hij de volgende beurt. Hiermee maakt de patiënt gebruik van de huidige-kiest-volgende-techniek (Mazeland, 2003). In plaats van de vraag van de patiënt te beantwoorden, kiest de naaste ervoor om een nieuwe stap in de sequentie te beginnen, namelijk het bedanken van de arts. Met deze nieuwe stap in de sequentie neemt de naaste de volgende stap in de afsluiting van het gesprek, hierdoor geeft hij impliciet een “nee” als antwoord op de vraag van de patiënt. Hij doet dit namens hen beiden, dit is te zien aan de ‘we’ in regel 7. De patiënt stemt hiermee in en bedankt de arts ook, in overlap met de naaste (regel 8).

In fragment 5 wordt aan het einde van het gesprek door de arts gevraagd of de patiënt verder nog vragen heeft, maar ook of zijn vrouw nog vragen heeft.

*Fragment 5 Video 3*

|    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | A: | had uw [vrouw] nog                                |
| 2  | P: | [oké ]  |
| 3  | A: | had had uw (.) vrouw nog vragen,                  |
| 4  |    | >of niet.<  |
| 5  |    | (1.1)   |
| 6  | N: | nee hoor ik heb me rustig mee zitten [luist're'.] |
| 7  | A: | [oké ]  |
| 8  | N: | (h)ik ben zee(h)r tevr(h)eden.                    |
| 9  |    | [hehehe ]   |
| 10 | A: | [hartstikke] goed;                                |
| 11 | N: | [oké]   |

Bij bovenstaand fragment stelt de arts een vraag aan de patiënt (regel 3), hierdoor zorgt de arts ervoor dat de patiënt wordt uitgenodigd om vragen van zijn vrouw te stellen. De naaste behandelt dit als een uitnodiging om zelf het woord te nemen en gaat hierop in. Eerder in de video is af te leiden dat de naaste van de patiënt zich achter de camera bevindt. Doordat ze wel af en toe te horen is, weet de arts dat zij ook in de ruimte is. In regel 3 gebruikt de arts een subtiele huidige-kiest-volgende-techniek. Door het gebruik van 'uw (.) vrouw' scheidt de arts subtiel een context waarin de naaste het woord kan nemen. De naaste antwoordt de arts in regel 6 met een 'nee' uitgebreid met een verantwoording en vervolgens een expansie (regel 8) waarin ze het gesprek impliciet positief beoordeelt.

Een ander voorbeeld waarbij de arts de naaste aanspreekt die zich niet in beeld bevindt, is fragment 6. Het gesprek vindt plaats tussen arts en patiënt; de naaste van de patiënt zit buiten beeld maar, deze komt in het begin heel even in beeld waardoor de arts wel weet dat hij er is. In fragment 6 geeft de patiënt aan het einde van het gesprek aan dat zij verder geen vragen meer heeft en richting de afronding van het gesprek wil gaan.

*Fragment 6 Video 13*

|    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | P: | [nou] en ik heb verder geen vragen eigenlijk                  |
| 2  | A: | nee en uw man ook niet want die is er volgens mij ook of niet |
| 3  | P: | ((kijkt naar N))  |
| 4  |    | ja die zit er ook ja ((lacht))                                |
| 5  | A: | ((lacht))   |
| 6  | N: | nee het is duidelijk  |
| 7  | A: | ja oke=   |
| 8  | P: | =nee't is <u>duidelijk</u>                                    |
| 9  |    | ((kijkt naar N))  |
| 10 | N: | het is wel effe nog schrikken                                 |
| 11 | P: | [ja]  |
| 12 | A: | [ja] ja dat begrijp ik he                                     |

In regel 2 merkt de arts op dat haar man er ook nog is en vraagt of deze nog vragen heeft. De patiënt reageert hierop door naar de naaste te kijken (regel 3) en vervolgens te bevestigen dat hij er is. In regel 6 neemt de naaste de toegewezen beurt en antwoordt op de vraag van de arts. De patiënt herhaalt de naaste en geeft nog extra nadruk op 'duidelijk', hierna richt ze haar blik weer op de naaste. Door haar blikrichting selecteert ze de naaste als volgende spreker in het gesprek. Deze breidt in regel 10 zijn sequentie verder uit (Mazeland,



2003) en bewerkstelligt daarmee dat de sequentie toch niet wordt afgesloten, dat er nog “unfinished business” is. Deze uitbreiding wordt daarna bevestigd door zowel de patiënt, als door de arts.

### 3.2 Zelfselectie door de naaste wordt erkend

In onderstaande fragmenten wordt de zelfselectie van de naaste als volgende spreker erkend door de overige gespreksdeelnemers. Zowel in beeld, als buiten beeld, kan erkende zelfselectie van de naaste plaatsvinden.

In onderstaand fragment van video 3 stelt de patiënt aan de arts vragen over zijn medicijnen. Hij vraagt zich af hoe lang hij nog met de tromboseprikken moet doorgaan. Zijn echtgenote zit buiten het beeld naast hem.

#### Fragment 7 Video 3

|   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | A: | dan hebben we die [ <u>dagen</u> ]                                |
| 2 | P: | [mm ]   |
| 3 | A: | hè de die <u>dagen</u> in het ziekenhuis al meegeteld,            |
| 4 |    | dan kom je <u>ongeveer</u> op vier weken uit dus da's goed.       |
| 5 |    | (1.1)   |
| 6 | P: | oké.  |
| 7 | N: | hij heeft er wel <u>eentje</u> constr- vergeten.                  |
| 8 | A: | nah is is <u>geen</u> eh (.) g(h)een d(h)oodzonde eerlijk gezegd; |
| 9 | N: | oké oké;  |

In regel 6 is te zien dat de patiënt de arts bevestigt door middel van ‘oké’. Hij gaat hierna niet verder met zijn beurt en laat hierdoor de beurt over aan de patiënt, aangezien zij eerder in gesprek waren. In regel 7 is te zien dat de naaste de beurt overneemt door middel van zelfselectie, wel blijft zij nog steeds buiten beeld. De naaste praat in regel 7 in de derde persoon over de patiënt tegen de arts door het gebruik van ‘hij’. Hierdoor praat de naaste over de patiënt tegen de arts en laat hiermee de patiënt buiten het gesprek.

In regel 8 antwoordt de arts dat dat niet erg is en dit wordt bevestigd door de naaste in regel 9 door ‘oké oké;’. Door de bevestiging van de naaste is te zien dat de arts de naaste behandelt als een actieve gespreksdeelnemer en zijn uiting in regel 8 ook tot de naaste richt. Uit de data hierna volgt dat de arts zich weer richt op de patiënt en hem aanspreekt met ‘u’, hiermee begint de arts een nieuwe sequentie, namelijk het uitleggen waarom de patiënt de medicijnen heeft.

In fragment 8 is te zien dat aan het einde van video 3 de naaste zich nogmaals selecteert door middel van zelfselectie. De naaste bevindt zich net zoals in fragment 7 buiten beeld. De arts geeft antwoord op de vraag over wanneer de patiënt weer mag sporten.

#### Fragment 8 Video 3

|   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | A: | ik zou met <u>zwaardere</u> fysieke inspanning en (.) <u>tille:</u> ' |
| 2 |    | en echt <u>sporte'</u> (0.5) <u>toch</u> zes weken wachten,           |
| 3 | P: | [ja oké, ]  |
| 4 | A: | •hh [vier tot] [vier tot zes weken,]                                  |
| 5 | N: | [(en fietsen?) ]  |
| 6 |    | (1.0)   |
| 7 | A: | <u>fietsen</u> mag wel,   |

|   |          |
|---|----------|
| 8 | (0.9)    |
| 9 | N: oké.= |

In regel 3 is te zien dat de patiënt bevestigend antwoord op de arts door middel van het gebruik van 'ja oké'. De arts breidt zijn sequentie uit in regel 4 door aan te geven hoe lang de patiënt moet wachten met sporten. In regel 5 overlapt de naaste de arts met haar vraag 'en fietsen?'. Na een stilte van 1.0 seconden erkent de arts haar zelfselectie en geeft antwoord op haar vraag (regel 7).

Een ander voorbeeld van zelfselectie gebruikt door de naaste is te zien in fragment 9. In het begin van het videoconsult bespreekt de arts de uitslag met de patiënt. De naaste van de patiënt is voor een klein gedeelte te zien in beeld links van de patiënt (figuur 3).

*Fragment 9 Video 11*

|    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | A: | =wat DAT betreft uh ben ik er geRUst op,= |
| 2  |    | =en is uh is dit een GOEde uitslag;       |
| 3  |    | (1.2)                                     |
| 4  | P: | °mooi zo° (0.6)                           |
| 5  |    | [mooizo]                                  |
| 6  | N: | [fijn]                                    |
| 7  | P: | beLANGrijk=                               |
| 8  | N: | =da' wilde we ook hOren;                  |
| 9  |    | (0.4)                                     |
| 10 | A: | JA dat kan ik me <VOOR>stellen(0.4)       |

In regel 4 reageert de patiënt op de goede uitslag en herhaalt zijn uiting in regel 5. In regel 5 en 6 is er overlap te zien tussen de naaste en de patiënt die beiden door middel van zelfselectie een uiting produceren. De naaste praat namens de patiënt en zichzelf in regel 8 door het gebruik van 'we', hierna volgt een stilte van 0.4 seconden. Na deze stilte reageert de arts op de uiting van de naaste en toont begrip voor haar uitspraak (regel 10).

In fragment 10 is nog een voorbeeld te zien van zelfselectie, gebruikt door de naaste in dezelfde video. Voorafgaand aan dit fragment heeft de patiënt een vraag gesteld waar hij een bevredigend antwoord op heeft gekregen en hij heeft zijn sequentie afgerond te zien in regel 1 van fragment 8.

*Fragment 10 Video 11*

|   |    |  |
|---|----|--|
| 1 | P: | =>duidelijk<; (1.7)  |
| 2 | N: | DIE u:h (.) ik had ook een VRAAG uhm (0.8) die uh (.) die uh uh BLOEDverduunners die SPUIT hoe noem je dat ook al weer u:h die FRAXiparine mag dat ook in het BOvenbeen, |
| 3 |    | (0.7)  |
| 4 | A: | ja;  |
| 5 |    | (1.1)  |
| 6 | N: | >nouja dat maktnie verder uit< ik had de BIJsluiter gelezen maar daar stond het eigenlijk niet BIJ ma;=  |
| 7 | A: | =oke;=   |

In regel 2 selecteert de naaste zich door middel van zelfselectie als de huidige spreker. Door te zeggen 'ik had ook een VRAAG uhm' leidt ze haar vraag in en legt ze de reden van haar zelfselectie uit. De naaste zit gedurende het gesprek telkens gedeeltelijk in beeld. Tijdens het merendeel van het gesprek is maar een klein deel van haar te zien (figuur 3). Echter, wanneer zij in regel 2 een vraag stelt aan de arts door middel van zelfselectie, is te zien dat zij zich zo goed mogelijk in beeld positioneert (figuur 4). In figuur 4 is nu een stukje van haar bril te zien, aangezien zij zich zo goed mogelijk in de *talking head* positie plaatst (Licoppe & Morel, 2012). De arts beantwoordt haar vraag in regel 4, in regel 6 behandelt de naaste het antwoord van de arts als gericht aan haar en breidt haar sequentie uit.



Figuur 3 Video 11



Figuur 4 Video 11

### 3.3 Zelfselectie door de naaste wordt niet erkend

In onderstaande fragmenten wordt de zelfselectie van de naaste als volgende spreker niet erkend door de overige gespreksdeelnemers. Zowel in beeld als buiten beeld kan zelfselectie van de naaste, die niet wordt erkend, plaatsvinden.

In onderstaand fragment nummer 11 vraagt de arts hoe het gaat met de patiënt, hierna vinden er enkele wisselingen van onderwerpen plaats. Na deze wisselingen van onderwerp komt de patiënt weer terug op het onderwerp bewegen.

Fragment 11 Video 27

|    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | P: | nou goed u:h net als WANdelen en beWEGen dat gaat verder GOED |
|    |    | •hh,  |
| 2  |    | (0.4)   |
| 3  | A: | ja;   |
| 4  |    | (0.4)   |
| 5  | N: | °FIETsen°   |
| 6  |    | (0.6)   |
| 7  | P: | FIETsen ja; (0.8)   |
| 8  | A: | ((knikt))   |
| 9  | P: | uh↓ (0.6) da' zou wel KUnnen denk [ik neem ik aan]            |
| 10 | A: | [JAhoor↓ ]  |
| 11 |    | (.) ja (.) dat mag (0.6) ZEker.                               |
| 12 |    | (0.4)   |

De patiënt herhaalt dat het wandelen en bewegen verder goed gaat, na een korte stilte van 0.4 seconden reageert de arts met 'ja;'. De naaste breidt de sequentie van de patiënt uit

door middel van zelfselectie met ‘FIETsen’ (regel 5), hier is sprake van een post-expansie (Mazeland, 2003). Deze zelfselectie vindt plaats doordat de naaste de stilte van de arts (regel 4) gebruikt om zichzelf te selecteren als volgende spreker. De naaste is hierbij niet te zien op het scherm van de arts, alleen te horen. In regel 7 is te zien dat de patiënt de uiting van de naaste herhaalt en hierna bevestigt doormiddel van een ‘ja;’. Na een stilte van 0.8 seconden knikt de arts, waarna de patiënt zelf doorgaat met zijn beurt doormiddel van zelfselectie (Mazeland, 2003).

Dit fragment laat dus zien dat de naaste wordt herhaald door de patiënt, wanneer deze zich buiten beeld bevindt. De naaste selecteert zichzelf wel als gespreksdeelnemer door middel van zelfselectie, maar de patiënt erkent deze beurt niet als bijdrage aan het gesprek tussen hem en de arts door de uiting van de naaste te herhalen.

Een ander voorbeeld waarin de patiënt de uiting van de naaste herhaalt is te zien in video 3. In onderstaand fragment 12 vraagt de arts aan de patiënt hoe het met hem gaat. De patiënt beantwoordt deze vraag en ook zijn echtgenote, die niet in beeld is, neemt deel aan het gesprek. Doordat de patiënt in het begin van het gesprek aangeeft dat hij met zijn vrouw op een nudistencamping zit en de echtgenote al eerder in het gesprek van zich heeft laten horen, weet de arts dat de echtgenote zich in dezelfde ruimte bevindt.

*Fragment 12 Video 3*

|    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | P: | [ja ]   |
| 2  | A: | ook geen <u>koorts</u> [meer] gehad?                  |
| 3  |    | (1.0)   |
| 4  | P: | helemaal niet.  |
| 5  | A  | [nee]   |
| 6  | P: | nee wat [da'] betreft he'maal nergens e::h            |
| 7  |    | verder geen <u>last</u> gehad van de dingen die ik eh |
| 8  |    | (0.5) die ik had;                                     |
| 9  |    | (0.9)   |
| 10 |    | dus e::hm <u>koorts</u> [e:h ] (0.2)                  |
| 11 |    | [(kijkt naar N#)]                                     |
| 12 |    | #figuur 3   |
| 13 | N: | eten is goed=   |
| 14 | P: | =ETE:' G- GOED e:h                                    |
| 15 |    | (1.2)   |
| 16 |    | ja wat da' betreft e:h heul-                          |
| 17 |    | (0.5) mag ik MAG IK NIE' KLAGEN.=                     |
| 18 | A: | =NEE (.) nee nee.                                     |

In regel 2 begint de arts met een vraag te stellen gericht aan de patiënt, deze geeft antwoord in regel 3. De arts vat het gegeven antwoord in regel 5 met ‘nee’ samen, hiermee geeft hij aan te luisteren naar wat de patiënt zegt. Gelijktijdig vervolgt de patiënt zijn verhaal en in regel 8 is de eerste pauze van 0.5 waar te nemen. In regel 9 is een stilte te zien, ditmaal van 0.9 seconden. In deze stilte is er de mogelijkheid voor de andere gespreksdeelnemers om de beurt te nemen, door middel van zelfselectie, maar dit gebeurt niet. Vandaar dat de patiënt in regel 10 zelf zijn sequentie uitbreidt. De uiting in regel 10 bevat veel twijfel, dit is te zien door de ‘e::hm’ en de ‘e:h’. De laatste ‘e:h’ in regel 10 heeft overlap met de blikrichting van de patiënt die naar de naaste kijkt (figuur 3). Na de stilte van 0.2 seconden die hierna volgt neemt de naaste de beurt door middel van zelfselectie (regel 13). Zij begint namelijk buiten beeld een andere sequentie, namelijk het noemen van wat er goed gaat met de patiënt. De

patiënt herhaalt de uiting van de naaste in regel 14. Dit laat zien dat de patiënt de zelfselectie van de naaste niet erkent.



Figuur 3 Video 3

In onderstaand fragment is een gesprek te zien tussen arts en patiënt. De patiënt heeft net verteld dat het goed met haar gaat, maar dat ze wel nog bepaalde medicijnen gebruikt om zich beter te voelen. In het begin van het gesprek is te zien dat er in beeld nog een andere vrouw loopt, namelijk de moeder van de patiënt.

Fragment 13 Video 17

|    |    |  |
|----|----|--|
| 1  | A: | JA (.) en welke medicijnen gebruik je dan NOG,                     |
| 2  |    | [(1.0) ]   |
| 3  |    | [((kijkt naar N#))]  |
| 4  |    | #figuur 4  |
| 5  | P: | °uhm° diclofeNAC (.) °is [het ]°                                   |
| 6  | N: | [en de] paracetamol.=  |
| 7  | P: | =>en een paracetamol< maar ook- 'k vooral snachts de<br>paracemol, |
| 8  |    | en overdag probeer ik uhm dan uhm (.) niet te nemen;               |
| 9  |    | (.)  |
| 10 | A: | Oke=   |



Figuur 4 Video 17

In regel 1 begint de arts met een vraag te stellen gericht aan de patiënt, dit is te zien aan het gebruik van het woord 'je'. Hierna volgt een stilte van 1.0 seconden waarin de patiënt opzij kijkt naar haar moeder (regel 3) zoals te zien in figuur 6. In deze stilte is er de mogelijkheid voor de patiënt om de beurt die zij toegewezen kreeg door de arts, aan te nemen. Na de stilte in regel 2 geeft ze door middel van het gebruik van een zachte 'uhm' antwoord in regel 5. Na een korte pauze vindt er in regel 5 overlap plaats met de naaste in regel 6. De naaste geeft antwoord op de vraag van de arts in regel 1 door te zeggen dat de patiënt ook

paracetamol neemt (regel 6). De patiënt herhaalt de naaste in regel 7 ‘en een paracetamol’. Deze herhaling laat zien dat ook hier de patiënt de zelfselectie van de naaste niet erkent als beurt in het gesprek.

In onderstaand fragment vraagt de arts aan de patiënt hoe hij zich voelt. De patiënt zit volledig in beeld, met links naast hem een gedeelte van zijn vrouw (zie figuur 3).

*Fragment 14 Video 11*

|    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | A: | [uh hoe] (0.3)  |
| 2  |    | HOE voelt u zich;   |
| 3  |    | (1.3)   |
| 4  | P: | uh eigenlijk GOED (.) boven verWACHting goed (.)uhm; •hh ik heb U::h even denke'::: uh ik heb half de week gebELd u:h; omdat ik uh↓ (0.6) uh JA met met uh het ontsLAGbriefje stond op dat ik met HEELkunde ko- kon Bellen als het binnen een week was na:; |
| 6  |    | (0.5)   |
| 7  | N: | verPLEEGafdeling;   |
| 8  |    | (0.3)   |
| 9  | A: | JA↑   |
| 10 |    | (0.4)   |
| 11 | P: | verpleegdeling van heekunde,  |
| 12 |    | (.)   |

De patiënt reageert op de vraag van de arts door te zeggen dat hij zich goed voelt in regel 4. Hierna breidt hij zijn sequentie uit en vertelt hij dat hij gebeld heeft naar heekunde (regel 5). Na een stilte van 0.5 seconden geeft de naaste door middel van zelfselectie in regel 7 een uitbreiding van het antwoord van de patiënt door te verduidelijken dat het over ‘verPLEEGafdeling’ gaat. De arts bevestigt deze uiting in regel 9. Opvallend aan dit fragment is dat de patiënt de uiting van de naaste toch nog herhaalt in regel 11 door het zeggen van ‘verpleegdeling van heekunde,’. De patiënt erkent de zelfselectie van de naaste niet als een waardige beurt in het gesprek, terwijl de arts de zelfselectie van de naaste juist wel als een beurt in het gesprek erkent.

## 4. Conclusie en discussie

### 4.1 Conclusie

In dit bachelorwerkstuk is gekeken naar hoe de naaste de beurt neemt tijdens een medisch videoconsult door middel van het beurtwisselingssysteem. De naaste kan de beurt toegewezen krijgen door middel van de huidige-kiest-volgende-techniek of zelf de beurt nemen door zelfselectie (Mazeland, 2003). Het gebruik van blikrichting van de overige gespreksdeelnemers speelt hierbij ook een rol (Auer, 2017; Lerner, 2003; Lernet et al., 1996). Uit de data blijkt dat de naaste beide technieken gebruikt. Echter, bij zelfselectie gebeurt er iets bijzonders. Er zijn namelijk twee soorten zelfselectie te onderscheiden. Aan de ene kant is er de zelfselectie door de naaste die wel wordt erkend door zijn overige gespreksdeelnemers. En aan de andere kant is er de zelfselectie door de naaste die niet wordt erkend door zijn overige gespreksdeelnemers. Het niet erkennen van de zelfselectie door de naaste is te herkennen aan het feit dat de patiënt de uiting van de naaste daarna herhaalt richting de arts.

De huidige-kiest-volgende-techniek vindt plaats als de naaste zich in beeld bevindt (fragment 3), maar ook als de naaste zich (gedeeltelijk) buiten beeld bevindt (fragment 4). Bij de huidige-kiest-volgende-techniek maakt het dus niet uit of de naaste zich in *talking head*-positie bevindt (Licoppe & Morel, 2012). Deze beurtwisselingstechniek wordt hetzelfde gebruikt in medische videoconsulten als in normale face-to-face gesprekken.

Het erkennen van de zelfselectie van de naaste vindt zowel binnen als buiten beeld plaats. Bij de analyse van fragment 9 is te zien dat de naaste zich buiten beeld bevindt en door middel van zelfselectie tegen de arts praat over de patiënt. In fragment 10 is juist te zien hoe de naaste zich gedurende het gesprek voornamelijk buiten beeld bevindt, pas wanneer zij zich direct went tot de arts zorgt zij ervoor dat de arts haar gedeeltelijk kan zien. Hierdoor bevindt zij zich in de *talking head*-positie (Licoppe & Morel, 2012).

Het herhalen van de naaste vindt plaats wanneer de naaste zich buiten beeld bevindt. Dit kan verklaard worden door de *talking head*-positie die uit het onderzoek van Licoppe en Morel (2012) kwam. Dit houdt in dat degene die aan het woord is in het gesprek ervoor moet zorgen dat de ontvanger zoveel mogelijk van het gezicht van de spreker ziet. Wanneer de naaste zich buiten beeld selecteert om het woord te nemen bevindt hij zich dus niet in de *talking head*-positie. Aangezien de patiënt zich wel in de *talking head*-positie bevindt wordt deze door de arts gezien als huidige gespreksdeelnemer, vandaar dat de patiënt de uiting van de naaste herhaalt zodat de arts ook deel kan nemen aan het gesprek. Echter, zoals te zien is bij de analyse in fragment 7 is dit niet altijd het geval. In fragment 7 bevindt de naaste zich ook buiten beeld, dus niet in de *talking head*-positie, maar wordt zij niet herhaald door de patiënt. Opvallend aan fragment 7 is wel dat zij de arts direct aanspreekt en de patiënt buiten het gesprek houdt door in de derde persoon over de patiënt te spreken.

### 4.2 Discussie

Een mogelijke verklaring voor het herhalen van de naaste door de patiënt wanneer deze zich niet in *talking head*-positie bevindt is dat de patiënt onzeker is over of de arts de naaste wel hoort. Door deze onzekerheid herhaalt de patiënt de uiting van de naaste. Een andere verklaring voor het herhalen van de naaste is dat de naaste de patiënt in feite een soort van herinnering in fluistert, hierdoor wordt de naaste door de patiënt gezien als een souffleur. De patiënt behandelt deze bijdrage van de naaste daarna als een bijdrage die herhaling nodig heeft. Deze herhaling is nodig voor het betrekken van de arts bij het gesprek. Wanneer de naaste wordt herhaald door de patiënt kan dit gezien worden als een souffleursrol voor de naaste. Deze rol van de naaste kan worden gekoppeld aan de rol van Beisecker (1989), de

*watchdog*. Bij deze rol geeft de naaste meer informatie over de patiënt aan de arts. De patiënt kan dan worden gezien als een doorgeefluik tussen arts en naaste door het herhalen van de naaste in de *talking head*-positie (Licoppe & Morel, 2012). Er is echter nog meer onderzoek nodig naar de souffleursrol in medische videoconsulten om deze in de reeds bestaande theorieën over rollen van de naaste in consulten (Beisecker, 1989; Fioramonte & Vásquez, 2019; Wolff & Roter, 2011) toe te kunnen passen.

Ook is er nog meer onderzoek nodig naar de *talking head*-positie in videogesprekken. Uit dit bachelorwerkstuk blijkt dat de theorie van Licoppe en Morel (2012) over de *talking head*-positie niet bij alle data van toepassing is. Licoppe en Morel (2012) stellen namelijk dat de spreker erop geattendeerd wordt door de ontvanger als zijn gezicht niet goed te zien is en wanneer hiervoor geen geldige reden gegeven is. Echter, uit de data blijkt dat wanneer de naaste spreekt in de videoconsulten, zonder zelf in beeld te zijn, deze niet door de arts erop wordt geattendeerd dat hij/zij niet te zien is.

Wanneer de zelfselectie van de naaste niet wordt erkend kan dit wel worden verklaard door het feit dat de naaste zich niet in de *talking head*-positie bevindt. Echter, wanneer de zelfselectie van de naaste wel wordt erkend is er een duidelijke verschil te zien. Aan de ene kant is er de naaste die buiten het zicht van de arts zichzelf selecteert om zich in het gesprek tussen arts en patiënt te mengen, maar aan de andere kant is er de naaste die zichzelf selecteert en gelijktijdig zichzelf zo goed mogelijk in de *talking head*-positie probeert te plaatsen (zie fragment 10).

Het feit dat de naaste zich niet automatisch in de *talking head*-positie plaatst kan wellicht verklaard worden door het feit dat het in deze situatie om medische videogesprekken gaat en niet om alledaagse videogesprekken. Door niet in de *talking head*-positie te verschijnen voorkomt de naaste namelijk dat hij zich in een volwaardige gesprekspositie bevindt (Licoppe & Morel, 2012). Het lijkt alsof de naaste zich niet te veel wil mengen met het gesprek tussen de arts en de patiënt, aangezien het consult om de patiënt gaat en de naaste er bij is ter eventuele ondersteuning.

Ook houdt de patiënt zich niet aan het maxime van ‘*put the face of the current speaker on-screen*’ van Licoppe en Morel (2012). Als de naaste gezien wil worden door de arts moet hij/zij daar zelf voor zorgen (zie fragment 10). Uit een onderzoek van Licoppe, Verdier en Dumoulin (2013) bleek dat er ook in institutionele settingen, zoals een rechtszaal, gebruik werd gemaakt van ‘*put the face of the current speaker on-screen*’. Echter, uit dit bacheloronderzoek blijkt dat er niet in alle institutionele settingen, zoals een videoconsult, gebruik wordt gemaakt van ‘*put the face of the current speaker on-screen*’. Er is nog meer onderzoek nodig naar het gebruik van videogesprekken in institutionele settingen om hier een eenduidige conclusie uit te kunnen trekken.

De *talking head*-positie komt voor in eerdere onderzoeken naar videogesprekken (Licoppe & Morel, 2012; Licoppe, 2017). Deze videogesprekken vinden allen plaats in een informele setting. In tegenstelling met een videoconsult vindt het gesprek plaats tussen alle gespreksdeelnemers en zijn er niet twee zogenoemde hoofddeelnemers, zoals de arts en de patiënt in een videoconsult. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het feit dat er bij informele gesprekken wel duidelijke gebruik wordt gemaakt van de *talking head*-positie (Licoppe & Morel, 2012) en dat dit bij een videoconsult niet altijd het geval is.



## **Aanbevelingen**

Een eerste aanbeveling voor verder onderzoek is dat er niet alleen nog meer onderzoek wordt verricht naar de toepassing van het beurtwisselingssysteem door naasten in videoconsulten, maar ook moet er onderzoek worden verricht naar de toepassing van het beurtwisselingssysteem door naasten in face-to-face consulten. Er kan hierdoor worden onderzocht of het ook mogelijk is dat de zelfselectie van de naaste niet wordt erkend in face-to-face consulten. Indien uit het onderzoek blijkt dat dit niet voorkomt bij face-to-face consulten, maar dat het niet erkennen van de zelfselectie van de naasten typisch iets is voor videoconsulten, kunnen er bepaalde richtlijnen worden opgesteld voor videoconsulten. In deze richtlijnen kan worden opgenomen dat het van belang is dat in het begin van het videoconsult zowel de arts, als de naaste, mededeelt wie er zich nog meer in de ruimte bevindt. Hierdoor kan er een meer open ruimte worden gecreëerd waarin de overige gespreksdeelnemers, dus in dit geval de naaste, het beurtwisselingssysteem beter kunnen toepassen om de beurt te nemen in het gesprek. Ook kunnen deze richtlijnen ervoor zorgen dat de arts de naaste ook meer betreft in het gesprek door middel van de huidige-kiest-volgende-techniek, aangezien de arts op de hoogte is van de aanwezigheid van de naaste in de ruimte.

Een tweede aanbeveling is dat er in vervolgonderzoek ook gekeken kan worden naar informele videogesprekken. Hierdoor kan worden onderzocht of het niet erkennen van een derde persoon ook voorkomt bij informele videogesprekken. Ook is er meer onderzoek nodig naar het beurtwisselingsysteem in andere institutionele settings. Uit deze onderzoeken kan wellicht worden geconcludeerd of er meerdere institutionele settings zijn waarin sprekers deelnemen aan het gesprek zonder zich in de *talking head*-positie te bevinden (Licoppe & Morel, 2012; Licoppe, Verdier, & Dumoulin, 2013).

## **Belang onderzoek**

Uit dit bachelorwerkstuk blijkt dat de naaste de beurt op zich neemt in een videoconsult door middel van de huidige-kiest-volgende-techniek en door zelfselectie, al dan niet erkend. Bij zelfselectie speelt het in beeld te zien zijn van de naaste een rol en hierdoor wordt deze zelfselectie niet altijd erkend, aangezien de naaste zich niet in een volwaardige gesprekspositie bevindt wanneer de naaste niet in beeld te zien is (Licoppe & Morel, 2012). Zoals bij de aanbevelingen al genoemd is het van belang dat in het begin van het gesprek wordt vermeld wie er allemaal aanwezig zijn. Hierdoor kan er een ruimte worden gecreëerd waarin de naaste ook actief deel kan nemen aan het gesprek door middel van zelfselectie of door middel van de huidige-kiest-volgende-techniek. De huidige-kiest-volgende-techniek kan zowel door de arts als door de patiënt gebruikt worden om de naaste meer actief te betrekken in het gesprek.

## Literatuurlijst

- Auer, P. (2017). Gaze, addressee selection and turn-taking in three-party interaction. *InList – Interaction and Linguistic Structures*, 60.
- Beisecker, A. E. (1989). The influence of a companion on the doctor-elderly patient interaction. *Health Communication*, 1(1), 55-70.
- Demiris, G., Edison, K., & Vijaykumar, S. (2005). A comparison of communication models of traditional and video-mediated health care delivery. *International Journal of Medical Informations*, 74, 851-856.
- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*, 79(11), 736-771.
- Fioramonte, A., & Vásquez, C. (2019). Multi-party talk in the medical encounter: Socio-pragmatic functions of family members' contributions in the treatment advice phase. *Journal of Pragmatics*, 139, 132-145.
- Ford, C. E., Wagner, J., & Lerner, G. H. (1996). On the place of linguistic resources in the organization of talk-in-interaction: 'Second person' reference in multi-party conversation. *Pragmatics*, 6(3), 281-294.
- Hjelm, N. M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(2), 60-70.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (Ed). *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*, 13-31. Amsterdam: John Benjamins.
- Karnieli-Miller, O., Werner, P., Neufeld-Kroszynski, G., & Eidelman, S. (2012). Are you talking to me?! An exploration of the triadic physician-patient-companion communication within memory clinics encounters. *Patient Education and Counseling*, 88, 381-390.
- Labrecque, M. S., Blanchard, C. G., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1991). The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science and Medicine*, 33(11), 1253-1261.
- Laidsaar-Powell, R. C., Butow, P. N., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Lam, W. W. T., . . . Juraskova, I. (2013). Physician-patient-companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 91, 3-13.
- Lerner, G. H. (2003). Selecting next speaker: The context-sensitive operation of a context free organization. *Cambridge University Press*, 32(2), 177-201.

- Licoppe, C. (2017). Skype appearances, multiple greetings and ‘coucou’. The sequential organization of video-mediated conversation openings. *Pragmatics*, 27(3), 351-386.
- Licoppe, C., & Morel, J. (2012). Video-in-interaction: “Talking heads” and the multimodal organization of mobile and skype ideo calls. *Research on Language & Social Interaction*, 45(4), 399-429.
- Licoppe, C., Verdier, M., & Dumoulin, L. (2013). Courtroom interaction as a multimedia event: The work of producing relevant videoconference frames in French pre-trial hearings. *The Electronic Journal of Communication*, 23(1), 1-28.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse* (4<sup>e</sup> ed.). Bussum, Nederland: Coutinho.
- Mazer, B. L., Cameron, R. A., DeLuca, J. M., Mohile, S. G., & Epstein, R. M. (2014). “Speaking-for” and “speaking-as”: Pseudo-surrogacy in physician-patient-companion medical encounters about advanced cancer. *Patient Education and Counseling*, 96, 36-42.
- Pappas, Y., & Seale, C. (2009). The opening phase of telemedicine consultations: An analysis of interaction. *Social Science and Medicine*, 68(7), 1229-1237.
- Pappas, Y., & Seale, C. (2010). The physical examination in telecardiology and televascular consultations: A study using conversation analysis. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 113-118.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Stommel, W., van Goor, H., & Stommel, W. (2019). Other-attentiveness in video consultation openings: A conversation analysis of video-mediated versus face-to-face consultations. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 1-22.
- Street, R. L., & Gordon, H. S. (2008). Companion participation in cancer consultations. *Psycho-Oncology*, 17(3), 244-251.
- Vergallo, G. M., Zaami, S., di Luca, A., di Luca, N. M., Bizzarri, M., & Marinelli, E. (2017). The doctor-patient relationship in telemedicine and mobile health. *Scences and Sciences*, 4(1), 331-337.
- Wolff, J. L., & Roter, D. L. (2011). Family presence in routine medical visits: A meta-analytical review. *Social Science and Medicine*, 72, 823-831.

## Bijlage

In deze bijlage zijn de transcriptieconventies van Jefferson (2004) opgenomen die zijn gebruikt bij het transcriberen van de videogesprekken.

### Overlap en pauzes

|       |  |
|-------|--|
| [ ]   | duidt het begin aan van overlap van de spreekbeurten   |
| =     | naadloze aansluiting tussen spreekbeurten; er is net geen sprake van overlap, maar er is een natuurlijk verloop zonder pauze |
| (.)   | pauze kleiner dan 0,2 seconde  |
| (1,5) | pauze van anderhalve seconde   |

### Prosodie

|         |   |
|---------|---|
| ↑ of ↑↑ | licht of sterk stijgende intonatie <b>binnen</b> een woord of uiting            |
| ↓ of ↓↓ | licht of sterk dalende intonatie <b>binnen</b> een woord of uiting              |
| .       | punt geeft een sterk dalende intonatie aan, aan het eind van een uiting         |
| ;       | puntkomma geeft een 'middeldalende' intonatie aan, aan het eind van een uiting  |
| ,       | komma geeft een 'middelstijgende' intonatie aan, aan het eind van een uiting    |
| ?       | Vraagteken geeft een sterk stijgende intonatie aan, aan het eind van een uiting |

### Geluidsproductie

|                   |  |
|-------------------|--|
| Ui:tre::kken      | dubbele punt geeft aan dat de (mede)klinker langer dan 'normaal' wordt aangehouden   |
| ECHT heel goed    | kapitalen geven aan dat woorden of delen daarvan relatief luid worden uitgesproken   |
| °zacht°           | hooggestelde rondjes geven aan dat de tekst ertussen relatief zacht wordt uitgesproken   |
| afbre-            | liggend streepje geeft aan dat de spreker plotseling inhoudt, de productie van een woord abrupt afbreekt (dit is niet noodzakelijkerwijs een onderbreking van de intonatie unit. In dat geval gebruik je --) |
| maar ik bedoel- - | twee liggende streepjes geeft aan dat de spreker de intonatie unit niet voltooit. De volgende intonatie unit begint op een volgende regel  |
| afbreke'          | apostrof geeft aan dat een (mede)klinker (hoorbaar) niet wordt uitgesproken  |
| <u>nadruk</u>     | onderstreepte tekst wordt met nadruk uitgesproken  |
| •h •hh •hhh       | hooggestelde punt gevolgd door 'h' geeft inademen aan, hoe meer h's hoe langer de duur van de adem is  |
| h hh hhh          | Een 'h' geeft uitademen aan, hoe meer h's hoe langer de duur van de adem is  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| •pt                  | hooggestelde punt gevolgd door `pt' geeft een smakkend geluidje aan zoals wel eens aan het begin van een uiting voorkomt |
| ech(h)t l(h)ach(h)en | h tussen ronde haken geeft aan dat het woord of de uiting lachend wordt uitgesproken                                     |
| haha hehe hihi       | syllabisch lachen  |
| ((lacht))            | beschrijving van lachen (zie dubbele ronde haken bij transcriptieproblemen)  |

### Spreektempo

|             |  |
|-------------|--|
| >sneller<   | tekst met deze haken erom wordt relatief sneller uitgesproken  |
| <langzamer> | tekst met deze haken erom wordt relatief langzaam uitgesproken |

### Transcriptieproblemen

|            |  |
|------------|--|
| ( ? )      | de spreker zegt iets dat de transcribent niet kan verstaan   |
| (iets)     | de transcribent is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst ook inderdaad een juiste weergave van het gezegde is. (Gebruik xx voor onverstaanbare lettergrepen of woorden) |
| ((snuift)) | beschrijving van non-verbale handeling of andere voor de transcribent `opvallende' verschijnselen ((hoest, kucht, loopt naar de deur, etc))  |