

# Diversiteit en complexiteit van kennis in zorginteracties

Jana Declercq, Tessa van Charldorp en Mike Huiskes

TVT 43 (2): 83–94

DOI: 10.5117/TVT2021.2.001.DECL

## Abstract

The empirical papers in this special issue show that how knowledge is made relevant and negotiated in interaction is a complex matter. Traditionally, research on knowledge conceptualizes knowledge as being distributed across patients and health care providers, who respectively have access to experiential knowledge and medical knowledge of illness. In this view, both forms of knowledge then need to be transferred from one party to the other. However, our contributions show that interactions are more complex in many ways. First of all, there are more actors involved in medical interaction, such as translators and family members, who each uniquely contribute to what knowledge is constructed and how. Secondly, the forms and domains of knowledge cannot be reduced to medical and experiential knowledge, but for instance also concern knowledge on how health care interactions are structured. Thirdly, knowledge is not only about informing the other party in interaction but is for instance also used to account for decisions or to seek alignment. In this contribution we explore how these insights can inform future research and how it can help deepen our understanding of patient centredness and shared decision making in health care communication.

**Keywords:** knowledge, expertise, health professional-patient interaction, health communication, Taalbeheersing/applied linguistics

## 1 Inleiding

In de zorg vinden talloze complexe interacties plaats via een mondeling, digitaal of schriftelijk medium. Die interacties zijn mede complex doordat

mondelinge interacties bijvoorbeeld ook worden vastgelegd in het digitale dossier waarna schriftelijke uitslagen besproken worden in een consult, die later weer opzoekbaar zijn in het digitale dossier. Zorgtrajecten vinden veelal plaats gedurende langere tijd, en patiënten hebben dan ook te maken met allerlei verschillende gesprekspartners en media gedurende dat traject. Daarnaast hebben de zorgverleners onderling interacties met elkaar over de patiënt of behandeling, mondeling, digitaal en soms zelfs nog schriftelijk.

In dit steeds complexer wordende zorglandschap is er gaandeweg meer aandacht gegroeid voor de patiënt, diens noden en wensen in zorginteracties, en de rol die kennis en toestemming spelen in de zorg. In de literatuur is deze trend zichtbaar in een aantal concepten, zoals *the empowered patient* of *expert patient* (Andreassen & Trondsen, 2010; Fox, Ward, & O'Rourke, 2005; Greenhalgh, 2009), *shared decision making*, (Stiggelbout, Pieterse, & Haes, 2015), *patient centeredness* (Groot et al., 2020; Scholl, Zill, Härter, & Dirmaier, 2014), en *patient and family-centered care* (Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics, 2003; Committee on Hospital Care and Institute for patient- and family-centered care, 2012). Veel van deze begrippen vinden hun oorsprong al enkele decennia geleden, maar lijken meer aandacht te hebben gekregen te hebben de afgelopen 10-15 jaar.

Gezondheidszorg wordt dus vanuit bovenstaande perspectieven steeds meer gezien als een product dat gezamenlijk tot stand komt tussen patiënt en zorgverleners, op basis van kennis die beide partijen aanleveren. Dit sluit breder ook aan bij de nieuwe definitie van gezondheid van Huber et al. (2011) waarbij het gaat om “het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (vertaling uit “Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren”, p. 14). Zorginteracties zijn dus niet langer een kwestie van het overbrengen van kennis van de dokter op de patiënt, maar van samen informatie uitwisselen, samen nadenken over pro's en contra's, en samen zo geïnformeerd mogelijk beslissingen nemen en waarbij de eigen regie van de patiënt centraal staat.

Vanuit een aantal sociaal-constructionistische en interactionele paradigma's, zoals de taalbeheersing, is onderzoek gedaan naar het interactieel tot stand komen van kennis, de rollen die daarmee samenhangen, en het interactionele effect van het invoeren van kennis in verschillende soorten settings. Centrale concepten in dit onderzoek zijn *epistemiciteit* en *deonticiteit* (Heritage, 2012; Heritage & Raymond, 2005; Landmark, Gulbrandsen, & Svennevig, 2015; Lindström & Karlsson, 2016; Peräkylä,

2002). Epistemiciteit wordt gewoonlijk geoperationaliseerd als het (toegang hebben tot) bepaalde kennis en persoonlijke ervaringen, die epistemische domeinen worden genoemd. Epistemische status wordt gezien als de rechten tot een bepaald kennisdomein waarop een persoon zich kan beroepen. Deonticiteit gaat om wie het recht heeft toekomstige acties van deelnemers te bepalen, vaak op basis van kennisclaims. Bij zowel epistemiciteit en deonticiteit worden deelnemers gezien als gepositioneerd op een continuüm van meer of minder kennis en meer of minder rechten om toekomstige handelingen te bepalen, waarbij deze posities door een interactie heen dynamisch kunnen zijn, en ook steeds (opnieuw) onderhandeld worden.

De huidige inzichten over kennis en interactie zijn zeer relevant voor de medische zorg, en ook vaak toegepast in medische context; medische zorg vindt immers grotendeels plaats door middel van interactie. Interactie in het medisch domein kan gezien worden als een reeks van communicatieve handelingen waarbij kennis centraal staat. In dit onderzoek wordt daarbij vaak uitgegaan van een opdeling van twee specifiekere kennisdomeinen in gezondheidscommunicatie: de ervaringskennis van de patiënt enerzijds, en medische, *evidence-based* kennis van de zorgverlener anderzijds. Een eerste onderliggende assumptie daarbij is dat kennis in de zorg vooral wordt ingezet door dokter en patiënt om wederzijds te informeren en inzicht te krijgen in het gezondheidsprobleem of ziekte en (mogelijke) behandelingen. Uit dit themanummer blijkt echter dat kennis een stuk complexer ingezet wordt dan in het hierboven geschetste perspectief wordt aangenomen, met name met betrekking tot 1) actoren, 2) kennisdomeinen, en 3) communicatieve doelen, die ook nog eens plaatsvinden via verschillende soorten media. Hieronder lichten we dit toe.

Wanneer we kijken naar **actoren** (1) blijkt uit verschillende bijdragen in dit themanummer dat niet enkel dokter en patiënt belangrijke participanten zijn in zorginteracties. Bijvoorbeeld, in mondelinge consulten kan een derde partij zoals een tolk of een begeleider (partner, kind, broer/zus, vriend, buur, professionele begeleider) eveneens een centrale rol spelen. Dat heeft gevolgen voor het type kennis dat al dan niet aan de orde gebracht wordt: het kan ertoe leiden dat er meer kennis aan bod komt dan wat de patiënt zelf aanbrengt; het kan mee bepalen hoe kennis vertaald, samengevat en soms aangepast of geherframed wordt, en hoe deze ingezet wordt in interactie (van Hest en De Wilde; Pilgram en Van Poppel). Ook komt het voor dat de patiënt geen actieve deelnemer is in kennisuitwisseling, als die asynchroon is, zoals bij het bekijken van een kijksluiter (Bosma et al.). Tot slot spelen onzichtbare 'anderen' een belangrijke rol in interacties tussen

zorgverleners onderling, bijvoorbeeld in geschreven rapportage, waar het legitimeren van handelingen tot in detail wordt opgeschreven ter verantwoording aan niet alleen de cliënt, maar mogelijk ook de bestuurders, toezichhouders of verzekeraars (Sliedrecht en Van der Pool). En, hoewel niet in dit themanummer onderzocht, kan informatie van andere zorgverleners uit patiëntendossiers ook door de dokter voor of tijdens het consult geraadpleegd worden, zonder dat dit per se expliciet vermeld wordt.

Daarnaast geven de bijdragen inzicht in welke **vormen of domeinen** (2) van kennis een rol spelen, en ook hier is de diversiteit groot. Zowel aan de kant van de zorgverlener als aan die van de patiënt gaat het over meer klassieke medische, ‘technische’ kennis of preconcepties zoals hoe een medicijn werkt en welke bijwerkingen er zijn (Bosma et al., van Hest en De Wilde), en kennis over de patiënt zijn ziekte en symptomen. Maar evengoed gaat het over (ervarings)kennis van het gespreksverloop (Schuurman et al., Sliedrecht en Van der Pool), kennis over het (eigen) dagelijkse leven van de patiënt en praktische overwegingen daarbij (van Hest en De Wilde), kennis die te maken heeft met de ziekte maar niet puur biomedisch of fysiologisch is, zoals over emotionele problemen (van der Laaken en Bannink), kennis over goed professioneel handelen en hele specifieke kennis over welke psychosociale ingrepen bij crisis goed werken bij een patiënt (Sliedrecht en Van der Pool), enzovoorts. Daarbij kunnen verschillende vormen van kennis ook op diverse manieren ‘verdeeld’ zijn over de patiënt en de zorgverlener, waarbij ervaringskennis niet per se enkel tot de patiënt of de begeleidende derde partij behoort, of medische kennis tot de zorgverlener (denk bijvoorbeeld aan een ervaren chronisch zieke patiënt of een zorgverlener die haar patiënt en de leefwereld van die patiënt goed kent).

Ten derde wordt kennis relevant ten behoeve van verschillende **communicatieve doelen** (3), die eveneens niet terug te voeren zijn op het uitwisselen van medische kennis vanuit de dokter enerzijds en ervaringskennis vanuit de patiënt anderzijds. Kennis wordt inderdaad gebruikt om de ander te informeren, maar ook om te overleggen, overtuigen, instrueren, verantwoordwoorden, onderhandelen of om met elkaar af te stemmen. Uiteraard zien we de ‘klassieke’ arts-patiënt- relatie terug in de communicatieve doelen van zorginteracties: de arts informeert de patiënt over het medisch perspectief, bijvoorbeeld over medicijnen, behandeltrajecten, de ziekte of het gezondheidsprobleem zelf, maar ook over de werking van de institutie (bv. Schuurman et al.). Ook de patiënt doet veel aan ‘informeren’ over zijn of haar eigen ziekte-ervaring in de interacties, zoals informeren over emotionele problemen (Van der Laaken en Bannink).

Tegelijkertijd hebben zowel artsen als patiënten zoveel meer doelen in de interacties. Patiënten en naasten worden bijvoorbeeld voorbereid op het nemen van beslissingen, zodat de patiënt een volwaardige bijdrage kan leveren aan het maken van gedeelde beslissingen (Pilgram en van Poppel). Of zorgverleners willen vooral verantwoord worden waarom ze dingen hebben gedaan zoals ze die hebben gedaan (Sliedrecht en Van der Pool). Of afstemming – of het uitblijven daarvan – vindt plaats wanneer een derde partij wel of niet selectief vertaalt (van Hest en De Wilde). Afhankelijk van het doel, wordt kennis op verschillende manieren ingezet om dat doel te bereiken. Informeren gebeurt bijvoorbeeld door te leunen op eigen expertise; verantwoord worden door gevoerde gesprekken te citeren en de genomen stappen uit te leggen; afstemmen door wederzijdse kennisuitwisseling in een taal die iedereen begrijpt – al dan niet met tussenkomst van een professionele tolk.

We spreken in deze opsomming bewust over ‘doelen’, en niet over ‘stappen’ of ‘stadia’, omdat we ze niet zien als chronologisch geordende of vaste onderdelen van een consult of andere vormen van informatieverstrekking of contact. De doelen bestaan naast en langs elkaar; door het zorgtraject heen veranderen de doelen. Met andere woorden, afhankelijk van wie met elkaar communiceren, welke kennisdomeinen deze personen met zich meebrengen en wat de doelen op dat moment in het zorgtraject zijn, wordt kennis op verschillende manieren ingebracht. Ervan uitgaan dat kennis vaststaat en dat ervarings- en medische kennis altijd gekoppeld is aan respectievelijk de patiënt en de arts is daarom een te simplistische kijk op kennis in zorginteracties, zoals de bijdragen in dit themanummer laten zien. Tegelijkertijd laten verschillende bijdragen en ook ander onderzoek zien dat er alsnog wel patronen te zien zijn waarbij de kennis van de arts – op welk domein dan ook – een dominante rol speelt. Er zijn dus nog genoeg mogelijkheden om kennisuitwisseling minder eenzijdig te maken wat bij kan dragen aan *shared decision making* en meer *patient-centered* zorg.

## 2 Overzicht van bijdragen in dit nummer

Suzanne Schuurman, Ellen Driever, Tom Koole en Paul Brand stellen kennis van arts en patiënt in de opening van doktersconsulten centraal door te kijken of er agendabesprekingen en openingsvragen tot stand komen, en hoe. Daarbij ligt de focus op de *deontische stance* van de arts bij het uitzetten van het verloop van het consult, en de *epistemische stance* bij het formuleren van een openingsvraag. De data wijzen er onder andere op dat agendabesprekingen relatief weinig voorkomen, wat wijst op een hoge

deontische stance van de arts (want de patiënt kan niet participeren in beslissingen over het verloop van het consult). Bij de openingsvraag varieert de epistemische stance. In het algemeen hebben de artsen de touwtjes in handen, en wordt het kennisdomein van de patiënt relatief weinig geëxploreerd. Patiënten participeren op deze manier minder in de openingsfase van het consult, wat een effect kan hebben op gedeelde besluitvorming in doktersconsulten.

**Ella van Hest en July De Wilde** onderzoeken hoe verschillende kennisdomeinen samenkomen in meertalige gesprekken in een Belgische abortuskliniek, meer specifiek bij het bespreken van anticonceptiemogelijkheden. Ze kijken hoe taalbarrières een rol spelen in deze weinig onderzochte context, door een sociolinguïstisch perspectief te combineren met een conversatie-analytische blik op epistemiciteit en deonticiteit. Vanuit een operationalisatie van taal als kapitaal stellen zij vast dat taalbarrières vele vormen kunnen aannemen, afhankelijk van de talen die door de participanten worden gesproken, de vraag wie de rol van vertaler op zich neemt, hoeveel en hoe er wordt vertaald door de vertaler, en waar sprekers worden onderbroken, welke extra resources zoals een meertalige websites er worden ingezet. Hierbij wordt duidelijk dat de vele aspecten van vertalen en taalbarrières samenhangen met het construeren van epistemische houdingen, en daarom ook met hoe kennis wordt onderhandeld en welke kennis relevant wordt gemaakt.

**Roosmaryn Pilgram en Lotte van Poppel** richten zich in hun bijdrage op de rol van de aanwezigheid van een derde partij en de kennis die derde partijen inbrengen op het proces van *shared decision making* (SDM). De auteurs richten zich daarbij primair op een analyse van het beslisproces vanuit een pragma-dialectisch perspectief en onderscheiden twaalf complexe discussiesituaties op basis van de aard van het geschil, eventuele coalitievorming en de rollen die de partijen op zich nemen. In een aantal van deze discussiesituaties speelt de derde partij een actieve rol en wordt daarmee participant in het besluitvormingsproces. Dit participatieframe wordt dynamisch tot stand gebracht. Alle drie de partijen kunnen andere partijen actief bij de discussie betrekken, door bijvoorbeeld expliciet om een mening te vragen. Ook worden er tussen de participanten coalities gesuggereerd door het gebruik van inclusieve pronomina (de *wij-vorm*). De auteurs concluderen dat deze coalities het SDM ten goede kunnen komen, doordat de derde partij het besluitvormingsproces ondersteunt. Het besluitvormingsproces kan er echter ook door bemoeilijkt worden, vooral als de derde partij ten onrechte namens de patiënt spreekt of als de derde partij standpunten inneemt op basis van de eigen (vermeende) expertise.

**Manon van der Laaken en Anne Bannink** onderzochten hoe emotionele problemen besproken worden in oncologische follow-up consulten. De data bestaat uit gesprekken waarbij patiënten van tevoren een instrument hebben ingevuld (de Lastmeter) waar ze onder andere emotionele problemen kunnen aankruisen, en patiënten die dit niet hebben gedaan. Emotionele problemen worden vaker besproken wanneer patiënten de Lastmeter wel van te voren hebben ingevuld en artsen dit hebben bekeken. De auteurs schrijven dit onder andere toe aan de veranderende epistemische status van de arts van onwetend naar wetend, waardoor de arts de problemen zelf kan benoemen en relevant kan maken in het gesprek. Wel zagen de onderzoekers dat artsen vrijwel altijd vanuit hun medische expertise reageren op emoties van de patiënt, waarbij dan het oplossen van het probleem centraal staat in plaats van het verder bespreken ervan in therapeutische context.

**Keun Young Sliedrecht en Els van der Pool** rapporteren over een onderbelicht aspect van zorginteracties: geschreven zorgrapportages in het elektronisch cliëntendossier. In een verkennende tekstanalyse geven zij inzicht in deze complexe taak waar veel zorgverleners dagelijks mee te maken hebben. Deze professionals worden nauwelijks opgeleid in hoe ze een zorgdossier het beste kunnen opstellen, maar opvallend is dat zorgverleners veel aandacht besteden aan het verantwoorden van hun handelen. Uit de analyses blijkt dat verantwoording op twee niveaus plaatsvindt: 1) op interactieniveau, waarmee zorgverleners inzicht geven in het gespreksverloop en 2) op inhoudelijk niveau, waarmee zorgverleners inzicht geven in de gemaakte afspraken met de cliënt. De resultaten van deze verkenning geven een mooi inzicht in de verantwoordingspraktijk: niet alleen al het handelen is afgestemd met de cliënt, maar het zorgdossier biedt zelfs transparantie in de gevoerde interactie tussen zorgverlener en cliënt. De kennis die verkregen is door de zorgverlener tijdens (veelal een-op-een) interacties wordt in het dossier vastgelegd en daarmee inzichtelijk gemaakt voor anderen – waarbij de vraag rijst in hoeverre deze praktijk is ‘doorgeslagen’ in het controleerbaar maken van het zorgproces.

**Else Bosma, Daniël Janssen en Henk Pander Maat** richten zich in hun bijdrage op een nieuw audiovisueel genre om complexe medische informatie te verstrekken, *De Kijksluiter*. Deze multimodale instructie zou de problemen moeten ondervangen van de traditionele bijsluiter, die als complex, te uitgebreid en weinig gebruiksvriendelijk gezien wordt. Dit nieuwe genre toont een animatie van een gesprek tussen een farmaceut en een patiënt. Het richt zich daarmee dus op gesproken informatie in tegenstelling tot de traditionele geschreven instructie voor medicijngebruik, en brengt ook

voor de patiënt een nieuwe gesprekspartner in in het zorgtraject: de farmaceut. Het eerste doel van deze bijdrage is het geven van een historische schets van dit nieuwe genre. Vervolgens presenteren de auteurs een observatieonderzoek waarin gebruikers aan de hand van verschillende scenario's gebruik maken van *De Kijksluiter*. Het onderzoek toont aan dat het gebruik van dit genre niet zonder problemen is. Er worden twee verschillende gebruikswijzen van *De Kijksluiter* bestudeerd. In de eerste groep keken gebruikers eerst de gehele video om vervolgens vragen over het medicijn en het gebruik te beantwoorden. In deze groep bleek het onthouden van de relevante informatie het grootste probleem. De andere groep kreeg eerst een aantal vragen en bekeek *De Kijksluiter* voor elke vraag afzonderlijk. Het belangrijkste probleem voor deze groep was het zoeken: de identificatie van het relevante hoofdstuk. Bovendien bleek dat, ook als het relevante hoofdstuk werd gevonden, nog steeds niet alle vragen juist werden beantwoord. De auteurs concluderen dat *De Kijksluiter* de bestaande communicatieproblemen niet oplost, maar dat het nieuwe genre wel interessante mogelijkheden biedt om de bestaande communicatievormen aan te vullen.

### 3 Conclusie

Wanneer we denken aan interacties in de zorg, denken we al snel aan een ontmoeting tussen twee experts: een patiënt die expert is over zijn lichaam en de impact van die klachten op zijn dagelijks leven, en een arts die expert is in het medische domein. In de literatuur wordt aangenomen dat deze vormen van expertise samenkomen in medische communicatie, en is het meer en meer de norm dat gezamenlijk naar een optimale behandeling wordt toegewerkt. Deze norm wordt verwoord in concepten als *patient centeredness* en *shared decision making*. Beide termen verwoorden een gevoel dat medische communicatie minder eenrichtingsverkeer moet zijn vanuit de zorgprofessional en meer oog moet krijgen voor de patiënt. Het perspectief van de patiënt dient centraal te staan gedurende het consult en ook in de besluitvorming – een onderdeel dat traditioneel tot het domein van de professional behoort – zou de patiënt op zijn minst een gelijkwaardige rol moeten spelen.

Zoals al eerder benoemd geven de bijdragen in dit themanummer echter aan dat het eigenlijk niet goed mogelijk is om te spreken van medische communicatie op zichzelf. De term verhult een dagelijkse professionele praktijk die zeer divers en variabel is. Ten eerste is de weergave van medische communicatie als een ontmoeting tussen twee experts te simplistisch.



Ten tweede vindt communicatie plaats in verschillende fasen van een medisch traject, en in al deze fasen krijgen de begrippen *patient centeredness* en *shared decision making* een andere invulling, afgestemd op de specifieke communicatieve doelen die in die fase centraal staan. Ten slotte is er de grote verscheidenheid van medische disciplines en patiëntengroepen, zoals de oncologie, een psychiatrische instelling, abortuskliniek, of polikliniek, die elk hun eigen problematiek en aandachtspunten met zich meebrengen.

In deze diversiteit van contexten moeten artsen en patiënten gezamenlijk hun verschillende communicatieve doelen realiseren. Participanten moeten hun respectievelijke kennisdomeinen aan elkaar ontsluiten en wederzijds inzichtelijk maken. Een patiënt moet de arts informeren over zijn/haar klachten, de medische geschiedenis en de invloed van die klachten op het dagelijks leven. Daartoe moet de patiënt door de arts in de gelegenheid worden gesteld. Maar de patiënt moet daar ook zelf toe in staat zijn, dat wil zeggen dat de patiënt inzicht moet hebben in de eigen situatie en in staat moet zijn dit inzicht te formuleren. De zorgprofessional, aan de andere kant, moet in staat zijn om medisch relevante informatie in begrijpelijke taal aan de patiënt uit te leggen en de verschillende, mogelijke behandelwijzen en hun consequenties inzichtelijk te maken. Het succes daarvan zal afhangen van de communicatieve competenties van de professional, wederzijds taalbegrip, maar is ook afhankelijk van de complexiteit van de materie en van het communicatiemedium dat ingezet wordt. Niet alle medische informatie laat zich voor elke patiënt makkelijk vertalen vanuit medisch professionele terminologie. Het succes van deze wederzijdse uitwisseling van informatie is dus allerminst vanzelfsprekend.

Dit probleem wordt nog urgenter bij de volgende stap in het zorgtraject: gezamenlijke besluitvorming over het medisch vervolgtraject. Deze stap is afhankelijk van de voorgaande: de zorgprofessional moet genoeg inzicht hebben in de patiënt om tot een juiste diagnose en mogelijke behandelplan te komen, de patiënt moet voldoende inzicht hebben in de mogelijke behandelingen en consequenties daarvan. De arts zal in de besluitvorming de medische consequenties van verschillende keuzes voorleggen, de patiënt zal binnen die keuzes de optie moeten kiezen die het best bij haar persoonlijke situatie past (zowel medisch als privé en/of levensbeschouwelijk).

Kortom, hoe en of expertise tussen zorgprofessional en patiënt in interactie geconstrueerd en onderhandeld wordt in de grote verscheidenheid van contexten van medische communicatie is een complexe aangelegenheid. Voor het beantwoorden van deze vraag wordt in eerste instantie gekeken naar individuele patiënten, patiëntenorganisaties en zorgprofessionals. Toch worden ook taalbeheersingsonderzoekers steeds vaker en

nadrukkelijker uitgenodigd om deel te nemen aan de discussie, zoals ook blijkt uit de verschillende samenwerkingsverbanden tussen onderzoekers en zorgprofessionals binnen de bijdragen aan dit themanummer. Dergelijk interdisciplinair onderzoek richt zich doorgaans op de wenselijkheid van richtlijnen voor medische communicatie; het wordt echter steeds relevanter om ook te kijken naar de wijze waarop deze verschillende richtlijnen in de dagelijkse praktijk hun vorm krijgen: hoe de communicatie verloopt en hoe onderzoekers deze communicatie kunnen evalueren. De vruchtbaarheid en de relevantie van dit onderzoek toont zich niet alleen in de structurele samenwerking tussen taalbeheersing en de medische professie op onderzoeksgebied, maar ook op onderwijsgebied. Dit is zichtbaar in zowel de Geesteswetenschappen en de medische faculteiten, als in interfacultaire samenwerkingen (zoals bijvoorbeeld de huidige minoren Medical Humanities (UU) en More Healthy Years (RUG) en beoogde masteropleiding Medical Humanities (UU).

De vraag rijst dan: op welke wijze kan de taalbeheersing bijdragen aan het optimaliseren van medische interacties? We kunnen in dit bestek uiteraard niet volledig zijn, maar we benoemen hier een aantal punten die uit het hier gepresenteerde onderzoek naar voren komen. Allereerst tonen de bijdragen in dit themanummer in hun diversiteit een mooi micro-inzicht in de verschillende zorgcontexten. Taalbeheersingsonderzoek laat hiermee zien dat de variatie groot is binnen en tussen de domeinen in verschillende communicatievormen in de zorg, die allemaal onder de noemer medische communicatie wordt gepresenteerd. Hierdoor leren we dat de begrippen *patient centeredness* en *shared decision making* in deze verschillende contexten en verschillende participatiekaders een andere betekenis krijgen, afhankelijk van de specifieke zorg die op dat moment gevraagd wordt. Bij generalisatie over deze contexten verliezen deze begrippen hun betekenis. Medische communicatie blijft dus precisiewerk, waarbij afstemming tussen professional en patiënt in elke context steeds weer opnieuw gerealiseerd moet worden. Voordat we over optimaliseren van communicatie kunnen spreken, moet die diversiteit en context-gebondenheid onderkend en meegenomen worden, in zowel onderzoek als de daaruit volgende aanbevelingen voor de praktijk.

Daarnaast tonen de bijdragen in dit themanummer ook aan dat de analyse op actieniveau alleen niet voldoende is. Als we de dialoog tussen zorgprofessional en patiënten alleen analyseren in termen van inhoud of acties missen we een wezenlijk aspect: het effect van de vorm van de boodschap. Elke actie kan op verschillende manieren worden gerealiseerd en de keuze voor deze realisatie heeft consequenties voor het verloop van de interactie.

Schuurman et al. analyseren bijvoorbeeld de interactionele effecten van openingsvragen op agendasetting in consultvoering en tonen aan hoe verschillende types openingsvragen effect hebben op het verdere verloop van het consult en op het proces van *shared decision making*. Onderzoek naar specifieke praktijken geeft een belangrijk inzicht in de manier waarop zorgprofessionals hun interactionele doelen proberen te bereiken in consulten en geeft hiermee een inventarisatie van de verschillende practices die gebruikt worden, maar de analyse van de interactionele effecten van die practices geeft eveneens cruciale inzicht in de effecten.

De hier gepresenteerde onderzoeken roepen ook vragen op over de conclusies die voor de medische beroepspraktijk getrokken kunnen worden uit dit onderzoek. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn niet zo zeer indicaties van *do's* en *don'ts* van interactionele praktijken. Ze geven inzicht in de inherent dialogische kenmerken van medische communicatie als ontmoeting tussen verschillende vormen van kennis, en welke verschillende acties die zorgprofessionals en patiënten uitvoeren om die doelen te bereiken. Ze geven een inventarisatie van de verschillende praktijken die daarvoor gebruikt worden en de interactionele effecten van die specifieke praktijken. Het uiteindelijke waardeoordeel over de medische praktijk is echter uiteraard niet te reduceren tot het taalbeheersings- of ander onderzoek naar gezondheidscommunicatie. Hierin spelen vele actoren een rol zoals de patiënt, de zorgprofessional, maar ook derde partijen in de interactie en institutionele partners. Het taalbeheersingsonderzoek kan echter een belangrijke, informerende rol spelen in de ontmoeting tussen al deze verschillende actoren.

## Referenties

- Andreassen, H., & Trondsen, M. (2010). The empowered patient and the sociologist. *Social Theory & Health*, 8(3), 280–287.
- Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), 691-7.
- Committee on Hospital Care and Institute for patient- and family-centered care (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404.
- Fox, N., Ward, K., & O'Rourke, A. (2005). The "expert patient": Empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1299–1309.
- Greenhalgh, T. (2009). Chronic illness: beyond the expert patient. *British Medical Journal*, 338, 629–631.
- Groot, E. De, Schönrock-adema, J., Zwart, D., Damoiseaux, R., Van Den Bogerd, K., Diemers, A., ... Bombeke, K. (2020). Learning from patients about patient-centredness: A realist review: BEME Guide No. 60. *Medical Teacher*, 42(4), 380–392.

- Heritage, J. (2012). Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction*, 45(1), 1–29.
- Heritage, J., & Raymond, G. (2005). The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction. *Social Psychology Quarterly*, 68(1), 15–38. <https://doi.org/10.1177/019027250506800103>
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal* 343(4163), 235–237.
- Kaljouw, M., van Vliet, K. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Uitgave van Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 1 juli 2021: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>
- Landmark, A. M. D., Gulbrandsen, P., & Svennevig, J. (2015). Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. *Journal of Pragmatics*, 78, 54–69.
- Peräkylä, A. (2002). Research on Language and Social Interaction Discourse, Expertise, and the Management of Risk in Health Care Settings. *Research on Language and Social Interaction*, 35(2), 219–247.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLOS ONE*, 9(9), 1–9.
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & Haes, J. C. J. M. De. (2015). Patient Education and Counseling Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179.

## Over de auteurs

**Jana Declercq** is universitair docent taal en sociale interactie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ze doet discoursanalytisch onderzoek naar taal en gezondheid, zowel in klinische context als daarbuiten, bijvoorbeeld in de media.

E-mail: [j.h.m.declercq@rug.nl](mailto:j.h.m.declercq@rug.nl)

**Tessa van Charldorp** is universitair docent taal & communicatie aan de Universiteit Utrecht. Hier doet ze onderzoek naar gesprekken in verschillende instituties, zoals in het ziekenhuis, bij de politie en in de klas. Zij is tevens coördinator van de minor en toekomstige master medical humanities aan de Universiteit Utrecht.

E-mail: [t.c.vancharldorp@uu.nl](mailto:t.c.vancharldorp@uu.nl)

**Mike Huiskes** is universitair hoofddocent communicatie- en informatiewetenschappen bij het *Center for Language and Cognition Groningen* (CLCG) aan de Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is hij als onderzoeker verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen.

E-mail: [m.huiskes@rug.nl](mailto:m.huiskes@rug.nl)