

Methodologische kanttekeningen bij de analyse van arts-ouder-kind communicatie

Kiek Tates en Ludwien Meeuwesen

Vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht
Postbus 80.140 3508 TC Utrecht, tel: 030-2539082 E-mail: H.Tates@fss.uu.nl

1 Inleiding

In dit artikel wordt verslag gedaan van twee soorten analyses van de communicatieve interactie tussen huisarts, ouder en kind. Het bestaande onderzoek naar arts-patiënt communicatie richt zich voornamelijk op de dyade arts-volwassene. Zelfs als er sprake is van een triade arts-ouder-kind wordt de conversationele bijdrage van het kind veelal buiten beschouwing gelaten. De toon hiervoor lijkt te zijn gezet door het onderzoek van Korsch (1968)¹, waarin de ouder werd vereenzelvigd met de patiënt. De verwaarlozing van de specifieke inbreng van het kind in medische interacties blijkt ondermeer uit het feit dat de gangbare observatiesystemen op dyades worden toegepast en er nauwelijks aanpassingen bestaan voor het analyseren van triadische interacties. Daarnaast is de bestaande onderzoeksliteratuur vooral gericht op de relationele aspecten van communicatie en gaat er weinig aandacht uit naar de structurele en inhoudelijke kenmerken van de communicatie tussen arts, ouder en kind. Voor zover er aandacht wordt besteed aan de specifieke inbreng van het kind tijdens het medisch interview blijkt dat deze inbreng zeer beperkt is (Tates & Meeuwesen ingediend).

Deze bevindingen lijken niet te sporen met de eisen van de dagelijkse medische praktijk. In ongeveer één op de zes huisartsconsulten is de patiënt een kind onder de zestien jaar. Met de invoering van de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) wordt in toenemende mate ook van kinderen verwacht dat zij actief deelnemen aan beslissingen op het terrein van ziekte en gezondheid. Ook anderszins zijn er aanwijzingen dat de rol van het kind tijdens het medisch consult serieuze aandacht verdient. Zo blijkt uit onderzoek dat kinderen meer begrijpen van medische zaken dan tot nu toe werd aangenomen en dat er een positief verband bestaat tussen het informeren van kinderen enerzijds en het genezingsproces en tevredenheid anderzijds (Colland 1990; Holtzheimer e.a. 1998; Hosli 1998). Verder blijkt uit ontwikkelingspsychologisch onderzoek naar volwassene-kind interacties dat kinderen zelf een actievere bijdrage aan de communicatie leveren dan tot nu toe werd aangenomen (Elbers e.a. 1992).

Het uitgangspunt van onderhavig onderzoeksproject is dat slechts door een combinatie van disciplines en methodieken een compleet beeld verkregen kan worden van de interactie binnen de triade huisarts-ouder-kind (Tates & Meeuwesen ingediend). In de literatuur over het analyseren van mondelinge interacties concentreerde het debat zich aanvankelijk op de dichotomie tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek (Roger & Bull 1988). In deze tweedeling wordt kwantitatief onderzoek getypeerd als deductief, objectief en uitkomstgericht. Vooral sociaal-psychologisch onderzoek dat gericht is op classificering en kwantificering met behulp van codeersystemen valt onder deze noemer. Dit type onderzoek betreft voornamelijk de relationele aspecten van de interactie in de analyse. Daartegenover wordt kwalitatief onderzoek geplaatst, dat meer inductief, subjectief en procesgericht van aard is. Deze vanuit de etnomethodologie ontwikkelde con-

versatie-analyse is vooral gericht op het beschrijven van de structurele kenmerken van de interactie. De onderzoekspraktijk wijst echter uit dat het onderscheid kwantitatief versus kwalitatief gepolariseerd is. Zowel vanuit sociaal-psychologisch onderzoek naar medische interacties (Stewart e.a. 1992; Griffiths & Marinker 1996), als vanuit de praktijk van de gespreksanalyse (Roger & Bull 1988) wordt benadrukt dat het onjuist is om beide onderzoeksparadigma's als wederzijds uitsluitend te beschouwen. Niet de principiële keuze voor kwantitatief dan wel kwalitatief onderzoek, maar de mate waarin de specifieke methode een antwoord kan geven op de onderzoeksvragen dient dan ook het uitgangspunt te zijn bij de keuze van de onderzoeksstrategie.

Kijken we nu specifiek naar onderzoek naar arts-patiënt communicatie, dan blijkt dit in de praktijk echter te worden gedomineerd door kwantitatief onderzoek (Verhaak e.a. 1998). Hoewel er zeker voorbeelden zijn van mengvormen van beide typen onderzoek (Aronsson & Rundström 1988), blijken beide onderzoeksparadigma's in de praktijk vrij ver uit elkaar te liggen. Het onderhavige onderzoek kiest daarentegen expliciet voor een combinatie van onderzoeksstrategieën met als doel het verkrijgen van inzicht in een aantal structurele en relationele kenmerken van de communicatie binnen de triade huisarts-ouder-kind. Daartoe zijn twee analyses uitgevoerd die verschillen in termen van achterliggende discipline en methode. In de eerste analyse is de aandacht primair gericht op de structurele aspecten van de communicatie. Het medisch consult wordt van oudsher getypeerd als een asymmetrisch verlopend gesprek, hetgeen onder meer tot uiting komt in de manier waarop de communicatie is gestructureerd in termen van beurtverdeling en conversationele bijdrage (Van Dijk 1996; Drew en Sorjonen 1997). Onderzoek naar beurtverdeling vindt vooral plaats vanuit de traditie van de conversatie-analyse, in aansluiting bij sociolinguïstische theorieën over de structuur van gesprekken (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974). In dit type onderzoek staat de vraag centraal op welke wijze een gespreksdeelnemer het gedrag van de andere participant(en) stuurt en/of domineert door middel van initiatieven en interrupties. Aangezien er nog maar weinig bekend is over de gespreksorganisatie in triadische medische interacties, richt het huidige onderzoek zich allereerst op het kwantificeren van de beurtverdeling binnen de genoemde triade om zo een beeld te krijgen van de processen van initiatieven en responsen. Daarbij is het van belang om rekening te houden met de leeftijd van het kind, aangezien zowel de communicatieve als de cognitieve competentie toeneemt naarmate het kind ouder is.

Als aanvulling op het onderzoek naar beurtverdeling richt de tweede analyse zich vooral op de relationele kenmerken van de interactie binnen de triade. In sociaal-psychologisch onderzoek naar medische communicatie staan in het algemeen twee dimensies van gedrag centraal die gerelateerd zijn aan de behoeften van de patiënt: instrumenteel of taakgerelateerd gedrag en affectief of sociaal-emotioneel gedrag. Instrumenteel gedrag is gericht op het oplossen van medische problemen en betreft vaardigheden als het stellen van vragen en het verschaffen van informatie, terwijl affectief gedrag vooral gericht is op het scheppen van een goede relatie tussen arts en patiënt (Roter 1989; Bensing 1991). Bij deze analyse is gebruik gemaakt van het Roter Interaction Analysis System (RIAS). Dit codeersysteem bouwt voort op Bales' methode van Interaction Process Analysis (IPA), oorspronkelijk ontwikkeld voor het analyseren van besluitvormingsprocessen in kleine groepen. Het RIAS is speciaal aangepast voor het analyseren van dyadische interacties tussen arts en patiënt (Roter 1989) en is momenteel het meest gehanteerde codeerinstrument voor medische communicatie (Verhaak e.a. 1998). De (schaarse) literatuur over arts-ouder-kind communicatie schetst het beeld van de arts die zich in interactie met het kind vooral beperkt tot het affectieve domein, bijvoorbeeld door het maken van grapjes (Tates & Meeuwesen ingediend). In dit verband

wordt de communicatie tussen arts en kind dan ook wel getypeerd als een 'joking relationship'. Hoewel de arts wel informatie vraagt aan het kind, worden de bevindingen ten aanzien van onderzoek en therapie voornamelijk met de ouder besproken (Pantell & Lewis 1993).

Naast het feit dat het onderzoek naar arts-patiënt communicatie zich veelal concentreerde op één bepaald aspect van de interactie (in termen van relationele, structurele of inhoudelijke kenmerken), heeft een laatste punt de aandacht. Waar het bestaande onderzoek zich tot nu toe voornamelijk beperkt heeft tot dyadische interacties, wil het huidige onderzoek juist een uitspraak doen over de kenmerken van de triadische communicatie tussen huisarts, ouder en kind. In deze bijdrage staan dan ook de volgende vragen centraal:

1. In hoeverre kan aan de hand van de gekozen onderzoeksstrategieën een typering worden gegeven van de structurele en relationele kenmerken van de communicatie in de triade arts-ouder-kind?
2. Wat is de meerwaarde van triadische analyse boven een dyadische analyse in het geval van triadische medische interacties?

Bij de bespreking zullen de resultaten worden bediscussieerd in het licht van de verdiensten en tekortkomingen van de twee gekozen onderzoeksstrategieën. Daarbij zal worden ingegaan op een aantal belangrijke verschillen tussen het analyseren van dyadische en triadische interacties.

2 Methode

2.1 Materiaalverzameling

De analyses zijn gebaseerd op 106 video-registraties van medische consulten waarbij een huisarts, een ouder en een kind waren betrokken, opgenomen in de periode 1975-1993. De video-opnamen werden geselecteerd uit het databestand van het Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL). In de meeste consulten werd het kind begeleid door de moeder (n=88). De leeftijd van de kinderen lag tussen vier en twaalf jaar (de gemiddelde leeftijd was acht jaar) en er waren evenveel jongens als meisjes bij het onderzoek betrokken. Het onderzoek betrof in totaal 58 huisartsen. Alle participanten in het onderzoek hadden de Nederlandse nationaliteit. De gemiddelde duur van het consult bedroeg 6'53" minuten (minimaal 5'33" maximaal 7'44").

2.2 Analyse structurele kenmerken

Om inzicht te krijgen in een aantal structurele kenmerken van de interactie binnen de triade werd aansluiting gezocht bij conversatie-analytische noties als gespreksorganisatie en beurtverdeling. De patronen van beurtverdeling werden in een empirisch onderzoek geanalyseerd met behulp van het Turn Allocation System (TAS), gebaseerd op het werk van Aronsson & Rundström (1988). De gehanteerde analyse-eenheid hierbij is de beurt, gedefinieerd als 'Dat wat gezegd wordt tussen twee momenten van stilte' (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974). Volgens deze definitie kan een beurt een of meer uitingen omvatten, waarbij een uiting wordt gedefinieerd als de kleinste te onderscheiden spreek-

heid, variërend van een enkel woord, een clause, tot een complete zin. Alle verbale beurten van de drie deelnemers zijn geanalyseerd in termen van initiatief, beurttoewijzing en reactie. Zo is bijvoorbeeld voor alle initiatieven die de huisarts expliciet tot het kind richtte (de zogenaamde Child Allocated Turns) nagegaan wie er op deze kindgerichte beurt van de arts reageerde. Aangezien Aronsson en Rundström (1988) alleen geïnteresseerd waren in de kindgerichte beurten van de arts, is het analyseschema voor het huidige onderzoek dusdanig aangepast dat van elke participant alle beurten werden geanalyseerd in termen van beurttoewijzing en reactie. De combinatie van drie mogelijke initiatiefnemers (arts, ouder en kind) en drie geadresseerden (elk van de twee anderen separaat of beiden tegelijk), leverde negen mogelijkheden op (zie tabel 2). De nonverbale communicatie werd genoteerd voorzover het van belang was voor de analyse (bijvoorbeeld oogcontact). Alle 106 consulten werden getranscribeerd volgens ethnomethodologische regels, aangepast voor het doel van het onderzoek. Vervolgens werden de transcripten opgedeeld in beurten aan de hand van de hierboven gehanteerde definitie. Dit resulteerde in een dataset van 8373 beurten.

2.3 Analyse relationele kenmerken

Voor het in kaart brengen van de relationele aspecten van de communicatie tussen huisarts, ouder en kind werd gebruik gemaakt van het Roter Interaction Analysis System (RIAS (Roter 1989)). Dit codeersysteem maakt zoals gezegd het mogelijk zowel de taakgerichte als de sociaal-emotionele uitingen van arts en patiënt te categoriseren. De instrumentele categorieën omvatten gedragingen als het stellen van vragen en het geven van informatie en advies. De affectieve categorieën betreffen sociaal-emotionele uitingen zoals geruststellen en het tonen van bezorgdheid en begrip. Aangezien het huidige onderzoek specifiek gericht is op de triadische communicatie tussen arts, ouder en kind, werd het RIAS op een aantal punten aangepast. Van elke deelnemer werden alle uitingen geclassificeerd in een van de 15 gedragscategorieën, waarbij tevens werd genoteerd tot wie de uiting was gericht. De analyse-eenheid is de uiting, gedefinieerd als de kleinste te onderscheiden spreekseenheid die zinvol kan worden geclassificeerd. De RIAS-coderingen vonden rechtstreeks plaats vanaf de videobanden. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende categorieën in termen van de dimensies instrumentaiteit en affectiviteit.

Tabel 1. Categorieën van het RIAS in termen van de dimensies affectief en instrumenteel gedrag

Affectief gedrag	Instrumenteel gedrag
Sociaal gedrag	Richting aangeven
Agreement	Duidelijkheid vragen
Parafrazeren	Medische informatie vragen
Verbale aandacht geven	Psychosociale informatie vragen
Bezorgdheid tonen	Medische informatie geven
Geruststellen	Psychosociale informatie geven
Oneens zijn	Medisch raadgeven
	Psychosociaal raadgeven

3.1 Structurele kenmerken van de interactie²

Hoe verloopt de gespreksorganisatie binnen de triade?

Zoals tabel 2 laat zien, namen arts en ouder de meeste initiatieven voor hun rekening en bleef de bijdrage van het kind beperkt tot 9.4%. De conversationele bijdrage van het kind was sterk afhankelijk van de leeftijd; oudere kinderen namen significant meer deel aan het consult (4-6 jaar: 7.4%, 7-9 jaar: 9.9%, 10-12 jaar: 10.9%; $F=2.98$, $p<.05$).

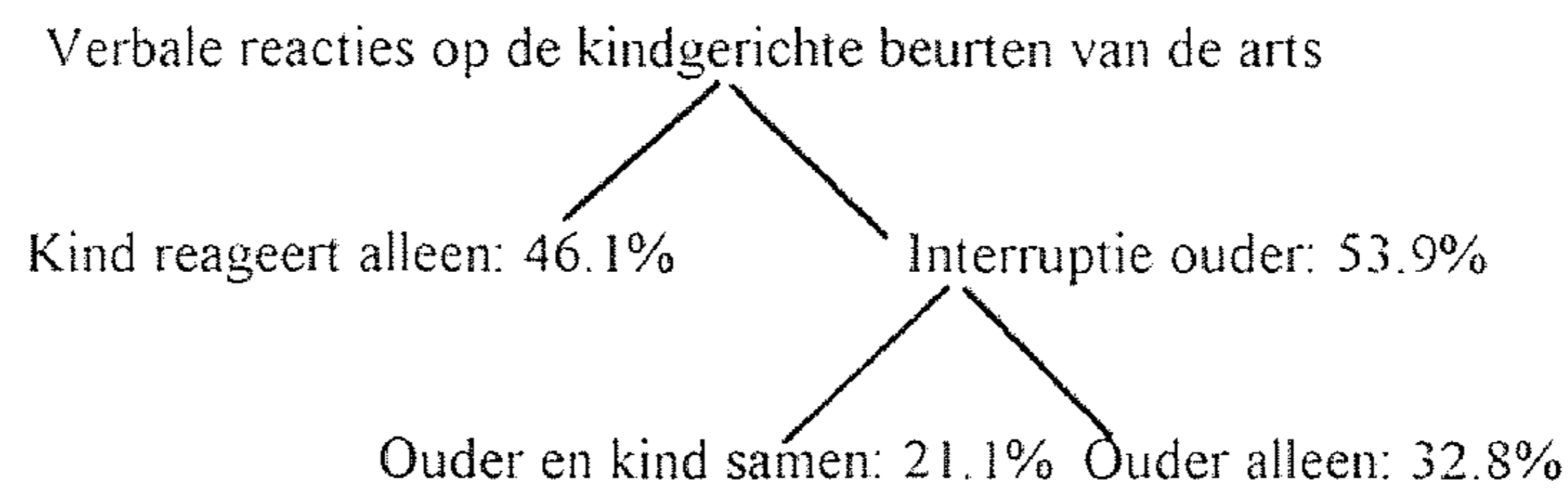
Vervolgens is gekeken tot wie de genomen initiatieven werden gericht; de koppeling van beurtinitiatieven aan allocaties geeft een beeld van de omvang van de communicatie tussen de drie participanten. De *arts* richtte de meeste beurten tot de ouder (gemiddeld 35.6%); slechts 12.9% van de beurten van de arts waren rechtstreeks tot het kind gericht. In vijf van de 106 consulten sprak de arts het kind geen enkele keer aan. De leeftijd van het kind bleek een belangrijke factor voor de mate waarin de arts het kind in het consult betrok; het aandeel kindgerichte beurten van de arts nam significant toe naarmate het kind ouder was (4-6 jaar: 10.1%, 7-9 jaar: 12.1%, 10-12 jaar: 16.4%; $F=3.29$, $p<.01$). De *ouder* richtte het woord vooral tot de arts; slechts 4.8% van de beurten werd direct tot het kind gericht. Dit patroon van kindgerichte beurten van de ouder bleek onafhankelijk van de leeftijd van het kind. Het initiatieven van het *kind* zelf tenslotte waren vooral tot de arts gericht. Ook hier speelde de leeftijd van het kind een belangrijke rol; naarmate het kind ouder was, richtte het zich directer tot de arts (4-6 jaar: 3.3%, 7-9 jaar: 4.9%, 10-12 jaar: 7.6%; $F=10.52$, $p<.001$).

Tabel 2. Percentage verbale initiatieven per participant gecombineerd met beurttoewijzing

Initiatief	Beurttoewijzing				Totaal
	Arts	Ouder	Kind	Beiden	
Arts	-	35.6%	12.9%	2.7%	51.2%
Ouder	34.2%	-	4.7%	0.5%	39.4%
Kind	5.3%	2.3%	-	1.8%	9.4%

Analyse van de reactiepatronen op de verschillende beurttoewijzingen (wie reageerde op welke beurttoewijzing?) leverde interessante resultaten op. In het geval van de kindgerichte beurten van de arts bijvoorbeeld, liet tabel 2 zien dat de arts slechts in 12.9% van de beurten het woord expliciet tot het kind richtte. Analyse van de reactiepatronen maakt vervolgens duidelijk dat in meer dan de helft (53.9%) van dit type beurttoewijzing het de ouder was die reageerde. Figuur 1 laat verder zien dat in het merendeel van deze beurtovernames de ouder alleen reageerde (32.8%), terwijl in 21.1% ouder en kind samen antwoordden. Naarmate het kind ouder was, nam de beurtovername van de ouder af (4-6 jarigen: 57.9%, 7-9 jarigen: 56.6%, 10-12 jarigen: 47.7%; $F=3.54$, $p<.05$). Een opvallend resultaat is dat de inmenging van de ouder ook bij oudere kinderen substantieel was.

Figuur 1.



Het onderstaande fragment laat een voorbeeld zien van dit ouderlijk ingrijpen:

[Fragment 1: de arts richt de beurt expliciet tot een tienjarig meisje, terwijl de moeder herhaaldelijk probeert de beurt over te nemen]

Arts: *Dag Rose, vertel het eens*
 Kind: *(pauze)*
 Ouder: *Nou, Rose voelt zich al een tijdje niet zo goed*
 Arts: *Oh (kijkt naar Rose)*
 Ouder: *Ze heeft een zere keel*
 Kind: *Het doet hier heel ZEER*
 Ouder: *Ja, (pauze) en afgelopen week*
 Kind: *Afgelopen WEEK?*
 Ouder: *Laat MAMA nou eens uitpraten!*

De reacties op de beurten die de volwassen gespreksdeelnemers elkaar toewezen, leverden een heel ander patroon op. In deze interacties tussen volwassenen bleek het dominante reactiepatroon te zijn dat de aangesproken volwassene zelf reageerde; slechts in 4.7% nam het kind de beurt over van de aangesproken volwassene. Opnieuw speelde de leeftijd een belangrijke rol; de beurtovernames namen toe naarmate het kind ouder was (4-6 jarigen: 2.1%, 7-9 jarigen: 5.6%, 10-12 jarigen: 6.6%; $F=7.97$, $p<.001$). Nadere analyse wees uit dat het kind vooral reageerde tijdens de beurten die de ouder tot de arts richtte.

[Fragment 2: het kind denkt de arts te bezoeken vanwege een pijnlijke knie]

Ouder: *Ze is weer down en teruggetrokken en noem maar op en het hoofd van de school is dus bij ons langs geweest en die klaagde ook*
 Arts: *Goh (pauze)*
 Ouder: *Enneh*
 Kind: *Nou dan weet ik DAT ook weer*

3.2 Relationele kenmerken van de interactie

Hoe kan de communicatie worden getypeerd in termen van instrumenteel en affectief gedrag?

Tabel 3 geeft een overzicht van het verbale gedrag van de deelnemers in termen van de dimensies affectiviteit en instrumentaliteit, gekoppeld aan de participant tot wie het gedrag was gericht. Het gedrag van de arts was vooral instrumenteel van aard; zowel in

interactie met de ouder als met het kind. De bijdragen van de ouder en het kind bleken - meer gelijk verdeeld in affectieve en instrumentele uitingen. De leeftijd van het kind bleek van grote invloed te zijn op het gedrag van zowel de arts als het kind. Naarmate het kind ouder was, richtte de arts minder instrumenteel gedrag tot de ouder (4-6 jaar: 24.8%, 7-9 jaar: 20.1%, 10-12 jaar: 18.5%; $F=5.19$, $p<.01$) en meer instrumenteel gedrag tot het kind zelf (4-6 jaar: 6.4%, 7-9 jaar: 8.5%, 10-12 jaar: 10.5%; $F=4.43$, $p<.01$). Ook het kind zelf vertoonde meer instrumenteel gedrag tegenover de arts naarmate het ouder was (4-6 jaar: 2.0%, 7-9 jaar: 3.4%, 10-12 jaar: 6.1%; $F=13.50$, $p<.001$). De aard van het gedrag van de ouder daarentegen werd niet beïnvloed door de leeftijd van het kind.

Tabel 3. Gedrag per participant in termen van de dimensies affectiviteit en instrumenta-
liteit, gekoppeld aan beurttoewijzing

Participant en dimensie	Toewijzing				Totaal
	Arts	Ouder	Kind	Beiden	
Arts					
affectief	-	12.7%	6.0%	1.1%	9.8%
instrumenteel	-	21.1%	8.4%	2.5%	32.1%
Ouder					
affectief	14.5%	-	2.2%	0.3%	7.0%
instrumenteel	18.0%	-	2.9%	0.5%	21.4%
Kind					
affectief	2.6%	1.1%	-	0.5%	4.2%
instrumentaal	3.8%	1.1%	-	0.6%	5.5%

Een meer gedetailleerde analyse van de verschillende categorieën van instrumenteel en affectief gedrag leverde een aantal markante resultaten op. De affectieve communicatie binnen de triade betrof vooral sociaal gedrag (zoals het maken van grapjes en persoonlijke opmerkingen), agreements en parafrases. Opmerkelijk was dat het merendeel van het sociale gedrag van de arts gericht was op de ouder; slechts 29% was gericht op het kind. Ook de parafraserende opmerkingen van de arts waren vooral tot de ouder gericht (62%). Naarmate het kind ouder was, nam het aandeel kindgerichte parafrases van de arts echter significant toe (4-6 jaar: 1.4%, 7-9 jaar: 1.5%, 10-12 jaar: 3.0%; $F=8.21$, $p<.001$).

In het instrumentele domein bleek dat de arts 40% van de medische vragen tot het kind richtte, maar zich bij het geven van medische informatie en medisch advies vooral tot de ouder wendde. Slechts 9% van de medische informatie werd rechtstreeks aan het kind gegeven, terwijl het verstrekken van medisch advies aan het kind beperkt bleef tot 5%. Ook hier speelde de leeftijd weer een belangrijke rol; naarmate het kind ouder was stelde de arts meer medische vragen rechtstreeks aan het kind, verschaftte de arts meer medische informatie en betrok de arts het kind meer bij het geven van medisch advies. Daarnaast verschaften oudere kinderen zelf meer medische informatie aan de arts (4-6 jaar: 1.0%, 7-9 jaar: 2.3%, 10-12 jaar: 4.5%; $F=14.28$, $p<.001$).

4 Triadische interacties: een 'pas de trois'

Zoals gesteld in de inleiding, staan in ons onderzoek twee lijnen centraal. Allereerst het uitgangspunt dat aandacht voor verschillende aspecten van de communicatie door middel van een combinatie van onderzoeksstrategieën een vollediger beeld geeft van de interactie tussen arts, ouder en kind. Daarnaast de stelling dat in het geval van een triadische medische interactie de communicatie tussen alle drie de participanten in de analyse moet worden betrokken en niet kan worden volstaan met het analyseren van dyades. Wat zijn nu de conclusies die op grond van de resultaten van dit onderzoek kunnen worden getrokken?

In de eerste analyse werd een kwalitatief concept als beurtwisseling gekwantificeerd teneinde een uitspraak te kunnen doen over de gespreksorganisatie binnen de triade. Het daarbij gebruikte TAS-systeem werd speciaal ontworpen voor het in kaart brengen van de sequenties van initiatieven en reacties van alle participanten. Vervolgens bleek het RIAS, een kwantitatief codeersysteem uit de sociaal-psychologische traditie, na aanpassing geschikt om inzicht te geven in de relationele aspecten van de communicatie. Het sequentiële framework dat de TAS-analyse opleverde, werd zo ingevuld met behulp van frequentie resultaten van de RIAS-analyse. Het RIAS geeft aanvullende informatie over de aard van het communicatieve gedrag van de participanten, maar mist de sequentiële inbedding die het TAS wel verschaft. Deze koppeling levert een genuanceerd beeld op van de structurele en relationele kenmerken van de interactie. Zo blijkt de inbreng van het kind in het medische consult gering te zijn; de volwassen participanten domineren de interactie in termen van initiatieven, beurtwijzingen en reacties. De inbreng van het kind blijkt vooral beperkt te zijn tot het verschaffen van medische informatie aan de arts. Een opvallend resultaat is dat, in tegenstelling tot het in de literatuur geschetste beeld, de arts zich in interactie met het kind niet beperkt tot het affectieve domein. De relatie tussen arts en kind omhelst beslist meer dan een 'joking relationship'. Zo stelt de arts bijna de helft van de medische vragen rechtstreeks aan het kind. Vervolgens richt de arts zich bij het verstrekken van medische informatie en medische adviezen echter weer voornamelijk tot de ouder. Dit verschil in vragen en adresseren van medische informatie is conform eerder onderzoek naar medische interacties waarbij een kind is betrokken (Pantell & Lewis 1993; Van Dulmen 1998). Een belangrijk verschil is echter dat het huidige onderzoek laat zien dat het onderliggende patroon van beurtverdeling hierin een belangrijke rol speelt. Door meer dan de helft van het aantal beurten dat de arts tot het kind richt over te nemen, lijkt de ouder verantwoordelijk te zijn voor het uitsluiten van het kind. Onderzoek naar de communicatie tussen arts, ouder en kind is tot nu toe voornamelijk gericht geweest op de relationele aspecten van dyadische interacties tussen arts en ouder enerzijds en arts en kind anderzijds (Korsch e.a. 1968; Van Dulmen 1998). Ons onderzoek maakt echter duidelijk dat door een dergelijke eenzijdige en op dyades gerichte opzet belangrijke kenmerken van de interactie buiten beschouwing blijven. Door de analyse van de interactie binnen de triade arts-ouder-kind te beperken tot de relationele kenmerken van de communicatie tussen dyades, is het bijvoorbeeld onmogelijk een fenomeen als ouderlijke controle te belichten.

De resultaten van het onderzoek maken tevens duidelijk dat de participatie van het kind in het medisch consult sterk afhankelijk is van de leeftijd van het kind. Enerzijds nemen oudere kinderen zelf meer ruimte door meer initiatieven tot de arts te richten en door frequenter te reageren op de artsgerichte beurten van de ouder. Anderzijds geeft de arts het kind meer ruimte naarmate het ouder is door meer beurten rechtstreeks tot het kind te richten. Deze grotere betrokkenheid van het oudere kind bij het consult komt

vooral tot uiting in de informatie-uitwisseling. Naarmate het kind ouder is, verstrekt het zelf meer medische informatie en richt de arts zich bij het geven van medische informatie en advies meer tot het kind. Het blijft echter opmerkelijk dat de arts het (oudere) kind kennelijk wel in staat acht tot het verschaffen van medische informatie, maar niet capabel genoeg voor het ontvangen van medische informatie en advies. In het affectieve gedragsrepertoire van de arts is het leeftijdseffect vooral merkbaar in de mate waarin de arts de uitingen van het kind parafraseert. Door bij oudere kinderen expliciet na te gaan of de arts het kind goed begrijpt, betreft de arts het kind meer bij het gesprek. De grote invloed van de leeftijd op het gedrag van de arts is conform de verwachtingen; bij jongere kinderen is affectief gedrag (en met name sociaal gedrag zoals het maken van grapjes) vaak de enige mogelijkheid om contact te leggen. De resultaten onderstrepen de noodzaak om de leeftijd van kinderen expliciet in de analyse op te nemen om een genuanceerde uitspraak te kunnen doen over de kenmerken van medische interacties waarbij een kind is betrokken.

Een verrassend resultaat van beide analyses is de verschillende wijze waarop arts en ouder tijdens het consult rekening houden met de leeftijd van het kind. De arts geeft door middel van aanpassingen in gespreksorganisatie en aard van gedragingen blijk oog te hebben voor de cognitieve ontwikkeling van het kind. Bij jongere kinderen richt de arts zich voornamelijk op het creëren van een goede relatie door middel van affectief gedrag. Naarmate het kind ouder is, komt de arts ook tegemoet aan de cognitieve behoeften van het kind door de informatie-uitwisseling met het kind te intensiveren. Deze blijken van kindgerichtheid van de arts sporen met de eisen van de WGBO, waarin de nadruk wordt gelegd op een actieve deelname van kinderen aan het consult. De ouder daarentegen lijkt zich weinig gelegen te laten liggen aan de cognitieve ontwikkeling van het kind. Ongeacht de leeftijd van het kind oefent de ouder een sterke controle uit door veelvuldig in te breken in de interactie tussen arts en kind. Daarnaast blijkt de leeftijd van het kind ook geen invloed uit te oefenen op de aard van de ouderlijke communicatie met het kind.

De vraag is nu wat de oorzaak kan zijn van deze sterke ouderlijke controle; is het een gevolg van het tekort aan medische achtergrondkennis van het kind, een uiting van het handhaven van de ouderlijke autoriteit of komt het ingrijpen voort uit ouderlijke bezorgdheid? Er zijn redenen om aan te nemen dat deze laatste factor een centrale rol speelt. Onderzoek heeft uitgewezen dat het negeren van ouderlijke beorgdheid door de arts nadelige gevolgen heeft voor de communicatie en leidt tot ontevredenheid aan de kant van de ouder (Korsch e.a. 1968). Daarnaast blijkt uit een recent grootschalig Nederlands onderzoek naar de contactredenen voor huisartsbezoek dat juist bezorgdheid voor ouders de belangrijkste reden is om met hun kind de huisarts te bezoeken (Bruijnzeels 1997). Nader onderzoek zal meer inzicht moeten verschaffen in de oorzaken van de sterke ouderlijke controle. Voor het huidige onderzoek volstaat de constatering dat zelfs binnen de context van de huisartspraktijk, met kinderen die de arts bezoeken voor betrekkelijk eenvoudige klachten, de controle van de ouder opvallend groot is. De verwachting is dat in het geval van ernstiger ziekteverschijnselen deze controle nog sterker zal zijn.

De resultaten van het onderzoek hebben een aantal belangrijke implicaties voor de praktijk van de medische gespreksvoering en gezondheidsvoorlichting. Zo lijkt een belangrijke taak weggelegd voor de huisarts in het vinden van een balans tussen de behoeften van zowel ouder als kind. Enerzijds dient de arts het kind ook in de conclusiefase meer te betrekken bij het consult, aangezien onderzoek uitwijst dat goed geïnformeerde kinderen sneller genezen (Colland 1990; Holtzheimer e.a. 1998; Hosli 1998).

Anderzijds dient de arts ook aandacht te besteden aan de bezorgdheid van de ouder. Duidelijkheid van de arts over het belang van een actieve betrokkenheid van het kind lijkt daarbij een belangrijke eerste stap.

Concluderend kunnen we stellen dat ons uitgangspunt dat vooral een combinatie van onderzoeksstrategieën zinvolle informatie oplevert voor een typering van de interactie tussen huisarts, ouder en kind door de resultaten wordt ondersteund. Juist door hun complementaire karakter zijn het TAS en het RIAS uitermate geschikt om het inzicht in de kenmerken van de interactie binnen de onderzochte triade te vergroten. De sequentiële inbedding van het TAS geeft de resultaten van het RIAS duidelijk meer diepgang. Toch laten de resultaten nog een aantal vragen open die nader onderzoek behoeven. Zo maakt de TAS-analyse geen onderscheid in de zwaarte van de beurtovername in termen van sterke of zwakke interrupties. Ook is het niet mogelijk om op grond van deze analyses iets te zeggen over de functie van de betreffende beurtovernames. De volgende stap in het onderzoek is dan ook een analyse waarin dieper op deze aspecten kan worden ingegaan en waarbij met name aandacht zal worden besteed aan de linguïstische middelen die de gesprekspartners hanteren om hun situatie tot elkaar te definiëren. Daarnaast zal ook aandacht worden besteed aan de inhoudelijke kenmerken van de communicatie binnen de triade. De verwachting is dat zo een vollediger beeld kan worden verkregen van de communicatie binnen de triade huisarts-ouder-kind.

De resultaten maken ook duidelijk dat voor een goed inzicht in deze triadische interactie het noodzakelijk is om het gedrag van alle drie de deelnemers in onderling verband te analyseren. Analyses die zich beperken tot de dyadische communicatie tussen arts-ouder en arts-kind verwaarlozen de invloed van de aanwezigheid van een derde participant. De conclusie is dan ook dat alleen een triadische analyse in staat is inzicht te geven in de specifieke kenmerken van de interactie tussen huisarts, ouder en kind. Een interactie die met recht bestempeld kan worden als een 'pas de trois':

"Pediatric visits are particularly challenging in requiring that the physician engage in a dance with not one but at least two partners -parent and child- and that the physician be able to lead at times and follow at others." Pantell & Lewis, 1993:7)

Noten:

1. "In pediatrics patient refers to the patient's parent, most commonly the mother. Hence the patient and the parent will be referred to interchangeably" (Korsch e.a. 1968: 865).
2. Zie voor een volledige weergave van de resultaten: Tates H. & L. Meeuwesen (ingediend). "Let Mum have her say: Turntaking in doctor-parent-child communication".

Literatuur

Aronsson, K. & B. Rundström (1988), Child discourse and parental control in pediatric consultations, *Text* 8:159-184.

- Bensing, J. (1991). *Doctor-patient communication and the quality of care: An observation study into affective and instrumental behavior in general practice* (Dissertatie). Utrecht: NIVEL.
- Bruijnzeels A. (1997). *Illness in children and parental response* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Colland, V.T. (1990). *Coping with asthma: Intervention methods for children and parents* (Dissertatie). Amsterdam: Thesis.
- Van Dijk T. (1996). Discourse, power and access, in Caldas-Coulthard C.R & M. Coulthard (eds.), *Text and practices: Readings in critical discourse analysis*: 85-104 London: Routledge.
- Drew P. M. Sorjonen (1997). Institutional dialogue, in T. van Dijk (ed.), *Discourse as social interaction. Discourse studies: A multidisciplinary introduction*, volume 2: 92-119, London: Sage Publications.
- Dulmen, A.M. van (1998). Children's contribution to pediatric outpatient consultations, *Pediatrics* 3: 563-568.
- Elbers, E., R. Maier, T. Hoekstra, & M. Hoogsteder (1992). Internalization and adult-child interaction, *Learning and Instruction* 2: 101-118.
- Griffiths, F. & M. Marinker (1996). Exploring qualitative research in general practice: Introduction, in F. Griffiths (ed.), *Exploring qualitative research in general practice*, Proceedings of a conference organized by the Northern Research Network (NoReN). *Family practice* 13: special issue.
- Holtzheimer L, H. Mohay & I.B. Masters (1998). Educating young children about asthma: comparing the effectiveness of a developmentally appropriate asthma education video tape and picture book, *Child: Care, Health and Development* 24: 85-99.
- Hosli, E.J. (1998). *Ziektebegrip bij kinderen. De ontwikkeling van het denken over ziekte (Children's thinking about illness* (dissertatie), Amsterdam: Thesis Publishers.
- Korsch, B.M., E.K. Gozzi & V. Francis (1968). Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics* 42: 855-871.
- Pantell, R.H. & C.C. Lewis (1993). Talking with children: How to improve the process and outcome of medical care, *Medical Encounter* 10: 3-7.
- Roger, D. & P. Bull (1989). *Conversation: An interdisciplinary perspective*, Clevedon: Multilingual Matters Ltd.
- Roter, D.L. (1989). *The Roter method of interaction process analysis* (Manual), Baltimore, Maryland: John Hopkins University.
- Sacks H.E. E.A. Schegloff & A. Jefferson (1974). A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation, *Language* 50: 696-735.
- Stewart, M., F. Tudiver, M.J. Bass, E.V. Dunn & P.G. Norton (eds.) (1992). *Tools for primary care research*, Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Tates, H. & L. Meeuwesen (ingediend). Doctor-parent-child communication: A (re)view of the literature.
- Verhaak, J., J.M. Bensing & A.M. van Dulmen (1998). Communication in health care, *Patient education and Counseling* 34:1-4.