

## Consultvoering van aios en ervaren huisartsen

### Samenvatting

Jager M, Schuling J, Pols J, Berenst J. Consultvoering van aios en ervaren huisartsen. Huisarts Wet 2011;54(9)478-82.

**Doel** Bij onderzoek naar consultvoeringsvaardigheden van huisartsen vond men met de MAAS-Globaal als scoringsinstrument tot nu toe geen significante verschillen tussen novices en experts. In dit onderzoek kiezen wij voor een andere benadering, de conversatieanalyse, waarmee we wel verschillen kunnen achterhalen.

**Methode** We hebben negen consulten van ervaren huisartsen en evenveel consulten van aios getranscribeerd en geanalyseerd. Onze analyse richtte zich op verbalisering (herformuleringen) van de artsen.

**Resultaten** We kunnen vijf typen verbalisering onderscheiden, die verschillende functies hebben. Ervaren huisartsen gebruiken verbalisering om informatie te verifiëren en meteen verder uit te werken. Aios verbaliseren over het algemeen veel minder en gebruiken verbalisering vooral om het consult te structureren.

**Beschouwing** De verschillende patronen in de gegevens wijzen uit dat de ervaren huisartsen beter in staat lijken zich aan te passen aan hun patiënten. Ze spelen in op informatie die de patiënt geeft en structureren zo het gesprek. Aios lijken meer gericht op de vooraf vaststaande structuur en laten onderwerpen pas aan de orde komen wanneer ze daar aan toe zijn.

### INLEIDING

In het curriculum van de huisartsenopleiding is veel tijd ingeruimd voor het onderwijs in consultvoering. Onderzoek naar de effecten van deze onderwijsinspanning heeft teleurstellende resultaten opgeleverd. Bij de eerste landelijke evaluatie van de driejarige huisartsenopleiding vond men met de MAAS-Globaal als scoringsinstrument geen significante verschillen tussen de consultvoering van beginnende aios, gevorderde aios en ervaren huisartsen.<sup>1</sup> Deze uitkomst veroorzaakte een pittige discussie, die zich lijkt toe te spitsen op drie aspecten: de docent, de methode van consultvoering en het meetinstrument voor consultvoeringsvaardigheden.<sup>2,3</sup> Juist dit laatste aspect prikkelde onze nieuwsgierigheid. Zouden we aan de hand van een andere benadering van de consulten wel verschillen vinden tussen beginnende aios en ervaren huisartsen?

De MAAS-Globaal richt zich uitsluitend op het observeren van het gedrag van de arts,<sup>4</sup> en werkt net als de RIAS (*Roter interaction analysis system*), een ander veelgebruikt meetinstrument,<sup>5</sup> met van tevoren vastgestelde scoringscategorieën. Beide meetinstrumenten laten de details van de verbale interactie tussen arts en patiënt echter vrijwel buiten beschouwing

doordat ze de interactie alleen op basis van videobeelden (of audio-opnamen) scoren, maar daarbij geen transcripties van het gesprek gebruiken. Daardoor wordt de gespreksvoering teruggebracht tot een aantal globale gedragscategorieën. Bovendien doet deze benadering de sequentiële structuur die gesprekken kenmerkt ernstig tekort, zoals we al in 1987 in dit blad hebben betoogd.<sup>6</sup>

De conversatieanalyse (CA) kijkt op een geheel andere wijze naar gesprekken en de consultvoering van huisartsen.<sup>7,8</sup> Deze kwalitatieve, microanalytische methode analyseert het medisch consult niet aan de hand van scoringslijsten of door achteraf de deelnemers te interviewen, maar richt zich op de details van het gesprek in de spreekkamer van de huisarts.<sup>8</sup> Omdat iedere uiting een reactie is op de voorgaande uiting, kan men de interactionele betekenis van die eerdere uiting bepalen aan de hand van de reactie daarop van de gesprekspartner. Dat maakt CA-analyses niet alleen zeer valide, maar garandeert ook een hoge betrouwbaarheid.

Vanuit de praktijk zijn er aanwijzingen voor grote verschillen tussen beginnende aios en ervaren huisartsen op het punt van 'adaptief gedrag'. Deze term verwijst naar het vermogen van de arts om zich aan te passen aan de patiënt. Hierbij kan men denken aan alle interactionele aspecten die ervoor zorgen dat er overeenstemming ontstaat tussen de gespreksdeelnemers, zoals de manier waarop veranderingen van onderwerp tot stand komen, gezamenlijke beurtconstructie of het gebruik van minimale responsen.<sup>9</sup> Omdat het binnen het kader van dit onderzoek niet mogelijk is om in te gaan op alle interactionele verschijnselen die van invloed kunnen zijn op dit aanpassingsvermogen,

### Wat is bekend?

- Met de MAAS-Globaal als scoringsinstrument kan men geen significante verschillen vinden tussen de consultvoering van beginnende aios, gevorderde aios en ervaren huisartsen.
- Vanuit de praktijk zijn er aanwijzingen voor grote verschillen tussen beginnende aios en ervaren huisartsen met betrekking tot 'adaptief gedrag'.

### Wat is nieuw?

- Dit is het eerste onderzoek dat met de conversatieanalyse als meetmethode naar verschillen kijkt in consultvoering tussen aios en ervaren huisartsen.
- Artsen zetten verschillende typen verbalisering in die een registrerende, gesprekstructurende, verifiërende en/of uitbreidende functie vervullen.
- Ervaren huisartsen maken meer gebruik van verifiërende en uitbreidende verbalisering en lijken beter in staat zich aan te passen aan hun patiënten.
- Aios maken vaker gebruik van gesprekstructurende verbalisering en lijken meer gericht op de vooraf vaststaande structuur van het gesprek.

UMCG, afdeling Gezondheidswetenschappen, sectie Sociale Geneeskunde, A. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen; M. Jager MA, promovendus, ten tijde van het onderzoek werkzaam voor de Rijksuniversiteit Groningen, opleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen; dr. J. Schuling, huisartsstafid huisartsopleiding, UMCG, Wenckebachinstituut; dr. J. Pols, arts-onderwijskundige, Center for Language and Cognition, Rijksuniversiteit Groningen; dr. J. Berenst, stafid opleiding communicatie- en informatiewetenschappen/senior onderzoeker. • Correspondentie: m.jager@med.umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



afgesloten) ontstaat er overeenstemming tussen arts en patiënt. De arts herformuleert direct informatie die de patiënt geeft. De verbalisering volgt nu niet op een *eerste*, maar op een *tweede paardeel*:

Arts: heb je ook koorts gehad?

Patiënt: niet dat ik whehet.

Arts: **niet dat je verder weet.**

3. Een verbalisering als *continuer* is een uiting van de arts terwijl de patiënt nog aan het woord is. De arts geeft hiermee aan te horen wat de patiënt zegt en/of moedigt deze aan om door te vertellen:

Arts: en wanneer is dat begonnen?

Patiënt: dat is begonnen omdat ik deze meer belast[te om deze

Arts: **[gewoon door de belasting]**

Patiënt: later ook moest ontzien.

4. Met een *formulation*<sup>10</sup> verifieert de arts zijn interpretatie van wat de patiënt heeft gezegd door die bijdrage samen te vatten (kern) of te herformuleren (conclusie). De patiënt moet reageren door in te stemmen of door de formulation af te wijzen:

Patiënt: ja, daar doet het pijn.

Arts: **hier is ut gevoelig.**

Patiënt: ja.

De concluderende formulations bevatten een inhoudelijke verandering ten opzichte van de oorspronkelijke uiting. Deze verandering kan de volgende functies vervullen: afzwakking (zoals in bovenstaand fragment), versterking, specificering en/of uitbreiding ten opzichte van de oorspronkelijke uiting van de patiënt.

5. Gesprekstructureerende verbaliseringenvullen nog een andere functie. De arts grijpt ermee terug op een onderwerp dat eerder in het gesprek al aan de orde is geweest:

Patiënt: en dan met die neus, ik weet niet wat ik daar verder aan doen moet.

Arts: ja, duidelijk. (pauze) **u vertelde, ook veel last van hoesten,**

Patiënt: ja.

De eerste drie typen lijken vooral een registrerende functie te vervullen. Met verbaliseringenvan die dicht bij de oorspronkelijke uiting van de patiënt blijven, registreert de arts wat de patiënt zegt, maar hoeft hij geen reactie daarop.<sup>11</sup> De formulations projecteren echter niet alleen een reactie van de patiënt (instemming of afwijzing), waarmee ze een verifiërende functie vervullen, maar de concluderende formulations lijken ook informatie die de patiënt geeft meteen verder uit te werken. Formulations in het huisarts-patiëntgesprek hebben niet de functie om de asymmetrie in de relatie tussen de gespreksdeelnemers naar voren te brengen, zoals in veel andere institutionele settings wel het geval is.<sup>12,13</sup> Met begripsverifiërende en uitbreidende formulations tonen deelnemers juist hun oriëntatie op elkaar. Het laatste type verbalisering heeft een gesprekstructureerend karakter. Ze onderscheidt zich van de andere typen doordat de afstand tussen de oorspronkelijke uiting van de patiënt en de verbalisering van de arts relatief groot is.

### Vergelijking

De in de gegevens aangetroffen typen verbaliseringenvullen we kwantitatief met elkaar vergeleken. Het gegevensbestand bestaat in totaal uit 157 verbaliseringenvan waarvan 85 afkomstig zijn van ervaren huisartsenvan en 72 van aios. In [tabel 1] hebben we deze getallen omgezet naar het aantal verbaliseringenvan dat de artsen per 10 minuten leveren. Nu is te zien dat ervaren huisartsenvan relatief veel vaker gebruikmaken van verbaliseringenvan (2,2 maal zo vaak). Vervolgens hebben we het gebruik van de verschillende typen verbaliseringenvan door ervaren huisartsenvan en aios bekeken. De resultaten daarvan staan in [tabel 2]. In de laatste kolom staat hoeveel verbaliseringenvan aios leveren in de totale tijd waarin ervaren huisartsenvan dit doen. De resultaten laten zien dat aios meer gebruikmaken van derdepositieafsluiters (type 3) en gesprekstructureerende verbaliseringenvan (type 5), terwijl de ervaren huisartsenvan meer bevestigende tweede paardelen en continuers (type 1 en 2), maar vooral meer formulations gebruiken (type 4).

De aios zetten verbaliseringenvan dus vaker in als registrerend (vooral als derdepositieafsluiter) en gesprekstructureerend middel. Dit in tegenstelling tot de ervaren huisartsenvan, die formulations (type 4) gebruiken als middel om interpretaties te verifiëren en informatie eventueel direct verder uit te werken. De [figuur] bevat een fragment waarin zichtbaar wordt op welke manier ervaren huisartsenvan verbaliseringenvan inzetten om tot overeenstemming met de patiënt te komen.

### BESCHOUWING

Artsenvan blijken verschillende typen verbaliseringenvan in te zetten die een registrerende, gesprekstructureerende, verifiërende en/of uitbreidende functie vervullen. De registrerende verbaliseringenvan maken de informatie die de patiënt geeft tot gezamenlijke kennis. Wanneer een arts wil aansluiten bij de patiënt zal hij diens informatie echter niet alleen moeten registreren, maar ook moeten gebruiken om het gesprek richting te geven. Hij vertoont zo *interactioneel adaptief gedrag* ten opzichte van de patiënt.

Tabel 1 Aantal verbaliseringenvan per 10 minuten

Verbaliseringenvan	Ervaren huisartsenvan	Aios
Totaal	85	72
Gemiddelde duur van een consult	6 minuten en 13 seconden	11 minuten en 27 seconden
Per 10 minuten	15,7	7

Tabel 2 Typen verbaliseringenvan

Type verbalisering	Ervaren huisartsenvan		Relatief
	Absoluut	Absoluut	
Bevestigend tweede paardeel	3	3	1,6
Continuer	5	1	0,5
Derdepositieafsluiter	2	11	5,8
Formulation	70	43	22,5
Gesprekstructureerende verbaliseringenvan	5	14	7,3
Totaal	85	72	37,7

De ervaren huisartsen doen dit meer dan de aios door gebruik te maken van (concluderende) formulations. In plaats van een nieuwe vraag te stellen, integreert de arts de door de patiënt gegeven informatie in een formulation. Wanneer er sprake is van *langere reeksen van opeenvolgende formulation-beslissingsparen*, waarin de arts uitbreiding op uitbreiding levert door steeds de informatie die de patiënt geeft te verbaliseren, construeren de participanten stapsgewijs gezamenlijk informatie en werken deze nader uit. Zo exploreren ze gezamenlijk de klacht van de patiënt (zoals in het gespreksfragment in de [figuur] te zien is).

Het lijkt erop dat ervaren huisartsen beter in staat zijn de richting van het gesprek aan te passen aan de informatie die de patiënt op een bepaald moment geeft. De aios registreren de informatie vaak wel, maar doen er meestal niet direct iets mee. Dit wijst erop dat aios zich interactioneel wel oriënteren op de patiënt, maar nog veel minder dan ervaren huisartsen in staat zijn zich ook interactioneel aan te passen aan de patiënt.

Ervaren huisartsen lijken minder vast te houden aan een vaststaande structuur. Ze doorlopen wel de verschillende fasen van het medisch consult (vraagverheldering, anamnese, onderzoek, diagnose, advisering), maar spelen tevens direct in op informatie die de patiënt geeft. Aios lijken juist meer georiënteerd op de structuur van het gesprek. Ze spelen minder makkelijk in op (extra) informatie die de patiënt geeft. Dit blijkt ook doordat gesprekstructurende verbaliseringen in consulten van aios relatief vaak voorkomen. Pas op het moment dat de aios daar aan toe is, komt een bepaald onderwerp aan de orde.

Uit ander onderzoek blijkt dat het probleemoplossend gedrag van een novice verschilt van dat van een expert. De fase van novice kenmerkt zich door kennisvergaring, -verrijking en verfijning.<sup>14</sup> De aios is sterk georiënteerd op ziektescripts (die een bepaalde structuur bevatten). Bij ervaren huisartsen lijkt medische basiskennis samengesteld te zijn uit en geïntegreerd met de kennis van de ziektescripts. Zij kunnen hier flexibeler mee omgaan.

Doordat de ervaren huisarts de structuur van het medisch consult meer aanpast aan wat de patiënt ter sprake brengt, kan het gesprek soepeler verlopen. De aios die zich strikt lijkt te houden aan een vragenlijst die hij voor zichzelf afwerkt om tot een diagnose te kunnen komen, past zich minder aan de patiënt aan en zal daardoor wellicht langere tijd nodig hebben om tot een diagnose te komen.

### Sterkte-zwakteanalyse van het onderzoek

Dit is de eerste keer dat er met de conversatieanalyse als meetinstrument gezocht is naar verschillen in consultvoering tussen aios en ervaren huisartsen. De conversatieanalyse heeft een aantal voor- en nadelen ten opzichte van meetinstrumenten als de Maas-Globaal en RIAS.

Conversatieanalytici nemen de interactie tussen arts en patiënt als uitgangspunt, waardoor ze de werkelijkheid van het medisch consult op een andere manier zichtbaar

### Figuur Interactionele adaptiviteit: een voorbeeldfragment

In dit fragment gebruikt de huisarts concluderende *formulations* als interactioneel instrument om een onderwerp direct verder uit te werken. De arts stelt dan geen nieuwe vraag, maar gebruikt de informatie die de patiënt geeft als uitgangspunt voor verdere uitwerking van een onderwerp. Het gesprek bevindt zich nog helemaal in de beginfase van het consult, de patiënt is net begonnen met de klachtpresentatie. De arts neemt de interactionele rol aan van luisteraar en gebruikt *formulations* om haar interpretaties steeds te tonen aan en te verifiëren bij de patiënt.

#### Huisarts A – Consult 4

Tijd: 0:18:54.0 – 0:19:48.4

- 14 Patiënt: dan uh opeen als ik uh ( ) (0.5) staan dan trekt  
15 duh (1.1) spieren of zoiets uh s s:: soort uh stekenduh  
16 pijn zoiets  
17 Arts: → soort stekende pijn [hebt u in het been?  
18 Patiënt: [ja  
19 Patiënt: ja  
20 Arts: als u wilt gaan staan. dus [as u het gebruikt.  
21 Patiënt: [ja  
22 Patiënt: j[a soms ( ) dan [trekt het helemaal  
23 Arts: [ja [ja  
24 Arts: ja  
25 Patiënt: die ( ) •hh maar dan zie je helemaal niks of zo  
26 Arts: → u ziet er niks aan.  
27 Patiënt: nee ziek hier niks aan alleen (0.5) doet pijn.  
28 Arts: → het doet pijn [zodra u het beweegt.  
29 Patiënt: [ik  
30 Patiënt: ja [ik  
31 Arts: → [en zodra u ook loopt.  
32 (0.3)  
33 Patiënt: nou as je zo as je zoveel gaat lopen, dan komt er een  
34 moment dan gaat da uh ( ) dan merk je niks meer. (0.4)  
35 as je ge [gewoon lopen  
36 Arts: → [na een tijdje gaat het van het [lopen beter.  
37 Patiënt: [ja ( )  
38 maar zodra je dus gaat zitten ( ) (0.6) •h daarna ga  
39 ik staan d d dan ut ontzzettend zeer. dan wordt het de  
40 trekt het gewoon  
41 Arts: ja dus juist bij het begin van een beweging  
42 Patiënt: ja  
43 Arts: doet het zo vrese[lijk pijn.  
44 Patiënt: [ja ik moes uh eigenlijk zo staan zo dan  
45 moet eze [been zo staan  
46 Arts: [ja  
47 Patiënt: aan uh laten trekken.  
48 Arts: ja  
49 Patiënt: dan ga ik normaal dan ik ze normaal lopen.  
50 Arts: ja (0.4) oke

De arts herformuleert elke keer de informatie die de patiënt geeft en voegt vaak nieuwe of genuanceerde informatie aan de oorspronkelijke uiting van de patiënt toe. In regel 16 en 34 specificceert ze de oorspronkelijke uitingen, in regel 25 laat haar *formulation* afzwakking zien ten opzichte van de oorspronkelijke uiting en in regel 27 en 30 is er sprake van uitbreiding. Door steeds een beslissing van de patiënt te 'vragen' met betrekking tot de juistheid van de *formulation*, vergroot ze haar begrip van en kennis over de klachten van de patiënt, zonder steeds expliciet om opheldering te vragen. De arts past zich steeds interactioneel aan de patiënt aan, terwijl zij de patiënt prikkelt om actief te blijven deelnemen aan het gesprek.

- (1.5) = een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes  
sp[reker 1 [spreker 2 = een andere spreker begint tijdens de beurt van de huidige spreker  
accent = de onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd  
re::kken = de betreffende (mede)klinker is opvallend langer dan 'normaal'  
•hh = hoorbare inademing, elke h staat voor een duur van ongeveer 0.2 seconde



Foto: Ronald Rozen

maken, dan wanneer men van tevoren vastgestelde scoringscategorieën gebruikt.<sup>15</sup> De Maas-Globaal en de RIAS kunnen de subtiliteiten rondom verbaliseringen dan ook niet zichtbaar maken. Binnen de conversatieanalyse coördert men tekstfragmenten niet, maar beargumenteert men patronen rondom een bepaald verschijnsel die zich in de gegevens manifesteren, op basis van een systematische verkenning van een groot aantal gevallen en met gebruikmaking van voorbeelden.

Hoewel de gevonden verschillen in dit onderzoek sterke aanwijzingen vormen voor systematische verschillen tussen ervaren huisartsen en aios, is een herhaling van het onderzoek met een grotere steekproef van artsen gewenst om dit te bevestigen. De microanalyse van transcripten is echter zeer tijdrovend, waardoor het lastig is met grote gegevensbestanden te werken.

Ook wat betreft de aard van de onderzoeksgegevens moeten wij nog enkele kanttekeningen plaatsen. Zo is het te verwachten dat de ervaren huisartsen de patiënten al eerder hadden ontmoet, terwijl dat voor de aios minder waarschijnlijk is. Dit kan van invloed zijn geweest op de manier waarop zij de patiënt interactioneel tegemoet traden. We vinden voor die veronderstelling overigens geen aanwijzingen in de gegevens. Ten tweede betreffen de geanalyseerde gegevens alleen lichamelijke klachten. Dit was geen selectiecriteria om psychosociale klachten uit te sluiten en is dus gebaseerd op toeval. Toch kan het zijn dat artsen zich anders gedragen als de patiënt een psychosociale klacht heeft. Voor deze klachten bestaan minder vaststaande ziektescripts, wat van invloed kan zijn op het gebruik van verbaliseringen.

## CONCLUSIE

Met de MAAS-Globaal als meetinstrument heeft men geen significante verschillen gevonden in consultvoeringsvaardigheden van beginnende en ervaren huisartsen. Met dit onderzoek hebben wij aangetoond dat dit met behulp van de conversatieanalyse als onderzoeksmethode wel degelijk mogelijk is. Omdat wij ons slechts op één interactioneel fenomeen hebben gericht (de verbaliseringen) is er op dit gebied waarschijnlijk nog veel meer mogelijk voor conversatieanalytici.

De resultaten van conversatieanalytisch onderzoek kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het onderwijs in consultvoering. Het herkennen van verschillende typen verbaliseringen in consulten en de effecten die ze teweegbrengen, kunnen de aios inzicht geven in het fenomeen van de interactionele adaptiviteit.<sup>4</sup> De individuele aios wordt zich zo bewust van zijn uitingen en gedrag, en het effect daarvan op de communicatie. Bovendien wordt zo ook duidelijk op welk punt in zijn ontwikkeling hij zich bevindt. Men kan de ontwikkeling van de huisarts volgen door gedurende de opleiding, en idealiter ook daarna, geregeld vanuit conversatieanalytisch perspectief opnamen van consulten te bekijken en te analyseren. Waarschijnlijk zal een aios echter eerst door voldoende 'exposure' vertrouwd moeten raken met ziektescripts, wil hij zich minder op de structuur van het consult kunnen richten en beter aansluiten bij de patiënt. ■

## LITERATUUR

- 1 Tan LHC, Kramer AWM, Jansen JJM, Düsman H. Landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding: de ontwikkeling van de competentie van huisartsen-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2000;43:415-9.
- 2 Pieters R, Carlier I. Consultvoering als klinische dans. *Huisarts Wet* 2002;45:475-77.
- 3 Van Dulmen S, Bensing J, Kruijver I. De schoen wringt, maar waar? Discrepancies tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden. *Huisarts Wet* 2002;45:19-22.
- 4 Ram P, Grol R, Rethans JJ, Van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in eigen praktijk. Een onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid. *Huisarts Wet* 2000;42:439-45.
- 5 Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002;46:243-51.
- 6 Berenst J, Bremer G, Bax MMH, Van Dijk WK, Ettema JHM. Over de samenhang in het gesprek tussen huisarts en patiënt. *Huisarts Wet* 1987;30:144-5.
- 7 Mazeland H. Inleiding in de conversatieanalyse. Bussum: Uitgeverij Coutinho, 2003.
- 8 Maynard DW, Heritage J. Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Med Educ* 2005;39:428-35.
- 9 Van Kruiningen JF. Onderwijsontwerp als conversatie. Probleemoplossing in interprofessioneel overleg. Zutphen: Wöhrmann Print Service, 2010.
- 10 Heritage J, Watson DR. Formulations as conversational objects. In Psathas G (eds), *Everyday language. Studies in ethnomethodology*. New York: Irvington Publishers, 1979.
- 11 Gill VT, Maynard DW. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In Heritage J & Maynard DW (eds), *Communication in medical care*. New York: Cambridge University Press, 2006.
- 12 Heritage J. Analyzing news interviews: Aspects of the production of talk for an 'overhearing' audience. In Van Dijk T (eds), *Handbook of Discourse Analysis, Vol 3, Discourse and Dialogue*. London: Academic Press, 1985.
- 13 Drew P. An exercise in the comparative analysis of talk-in-interaction in different (institutional) settings: the case of 'formulations'. In Glenn PJ, LeBaron CD, Mandelbaum J (eds.), *Studies in language and social interaction: in honor of Robert Hopper*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2003.
- 14 Boshuizen HPA. De ontwikkeling van medische expertise, een cognitief-psychologische benadering. Meppel: Krips Repro, 1989.
- 15 Sandvik M, Eide H, Lind M, Graugaard PK, Torper J, Finset A. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Educ Couns* 2002;46:235-41.