

- to the understanding of semantic-pragmatic disorders. *European Journal of Disorders of Communication*, no. 28, 117-140.
- In: B. Dorval (Ed.) (1990), *Conversational organization and its development*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 51-77.
- Smith, B.R., Leinonen, E. (1992). *Clinical pragmatics. Unravelling the complexities of communicative failure*. London: Chapman & Hall.
- Wing, L. (1988). *The continuum of autistic characteristics*. In: E. Schopler, G.B. Mesibov (Eds.), *Diagnosis and assessment in autism*. New York: Plenum Press, 91-110.

## ACCENTEN IN DE ARTS-OUDER-KIND COMMUNICATIE EEN ONDERZOEKSOVERZICHT

Kiek Bates & Ludwien Meeuwesen

### Samenvatting

Dit artikel doet verslag van een analyse van de empirische literatuur op het terrein van de communicatie tussen arts, ouder en kind. Vergelijking van de verschillende typen onderzoek maakt duidelijk dat er grote diversiteit in benadering is. En terugkerend patroon is echter dat in de interactie met de ouder de arts voornamelijk instrumenteel gedrag vertoont, terwijl in interactie met het kind zijn gedragsrepertoire zich beperkt tot de affectieve dimensie.

### 1. Inleiding

De afgelopen decennia is vanuit verschillende disciplines, waaronder sociale wetenschappen, geneeskunde en linguïstiek, veel onderzoek verricht naar de interactie tussen arts en patiënt (Roter et al., 1988; Roter & Hall, 1992; Drew & Heritage, 1992; Ong et al., 1995). Uit deze onderzoeken blijkt dat zich de afgelopen 30 jaar in de arts-patiënt communicatie grote verschuivingen hebben voorgedaan. Zo heeft de asymmetrische relatie tussen arts en patiënt plaats gemaakt voor een meer gelijkwaardige relatie (Meeuwesen, 1988; Bensing, 1991), ondermeer door het mondigter worden van de patiënt in de loop der jaren (Mishler, 1984). In deze onderzoeken neemt het onderscheid in instrumentele versus affectieve communicatie een centrale plaats in. De instrumentele communicatie betreft het stellen van vragen en het geven van informatie en advies, terwijl de affectieve communicatie vooral gericht is op het reflecteren van gevoelens en het tonen van betrokkenheid. Bensing (1991) benadrukt dat een goede interactie tussen arts en patiënt wordt gekenmerkt door een balans tussen instrumenteel en affectief gedrag. Het onderzoek naar arts-patiënt communicatie is eind jaren 60 gestart door de Korsch-groep (Korsch et al., 1968; Freeman et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972). Hoewel deze onderzoeken plaats vonden binnen de setting van de pediatrie, is de aandacht expliciet gericht op de dyade arts-ouder. Veelzeggend is in dit opzicht de volgende voetnoot (Korsch et al. 1968, p.865):

'In pediatrics patient refers to the patient's parent, most commonly the mother. Hence the patient and parent will be referred to interchangeably'.

Het meeste onderzoek naar arts-patiënt communicatie betreft onderzoek naar de interactie tussen volwassenen; zelfs als er sprake is van een triade arts-ouder-kind, wordt de inbreng van het kind veelal buiten beschouwing gelaten (Pantell et al., 1982; Tannen & Wallat, 1983; Aronsson & Rundström, 1988, 1989). Gezien het gegeven dat één op de zes huisartsconsulten een kind onder de 16 jaar betreft, is meer inzicht in de rol van het kind in de medische interactie zeker wenselijk. De vraag is nu wat de invloed is van de aanwezigheid van een kind op de interactie tijdens een medisch consult. Heeft de aanwezigheid van een kind gevolgen voor de gesprekstijl van de

volwassenen en voor de mate waarin de gespreksdeelnemers controle uitoefenen over het verloop van het consult? Het is denkbaar dat de gespreksdeelnemers hun taalgebruik afstemmen op de geadresseerde door aanpassingen in termen van gehanteerde frames en beleefheidsstrategieën. Als de participanten tijdens het consult georiënteerd zijn op verschillende frames, kan dit leiden tot miscommunicatie en conflicten. Ook de wijze waarop controle wordt uitgeoefend over het verloop van het consult door bijvoorbeeld sturing van het gespreksonderwerp en interrumpering, kan beïnvloed worden door de aanwezigheid van een derde.

Dit artikel richt de aandacht dan ook expliciet op de specifieke problemen van de communicatie in de triade arts-ouder-kind en probeert een antwoord te formuleren op de volgende vragen:

1. Op welke wijze is de afgelopen 30 jaar empirisch onderzoek verricht naar de interactie tussen arts, ouder en kind? Hoe kan het onderzoek getypeerd worden en op welk type gedrag was het onderzoek gericht?
2. Hoe wordt in deze literatuur de specifieke rol van het kind in medische conversatie getypeerd?

## 2. Methode

Bij de afbakening van dit literatuuronderzoek werden de volgende criteria gehanteerd:

1. Het betrof empirisch onderzoek naar de verbale en/of nonverbale interactie tussen arts, ouder en kind in een medische setting vanuit de disciplines sociale wetenschappen, geneeskunde en linguïstiek.
2. Het betrof kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek van de afgelopen 30 jaar, voornamelijk uit het Angelsaksische taalgebied.
3. Bij het registreren van de interactie werd gebruik gemaakt van audio- of video-opnames.

Uiteindelijk werden 14 artikelen geselecteerd en geanalyseerd op type onderzoek, vraagstelling, type onderzocht gedrag, grootte van de steekproef, gerapporteerde resultaten en perspectief.

Bij de bepaling van het type onderzoek stond het onderscheid tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek centraal. Kwantitatief onderzoek is vooral gericht op classificering en kwantificering van bepaalde interactie-aspecten (zoals bijvoorbeeld de gespreksbijdrage of de gespreksstijl van de participanten), met als doel het komen tot generaliserende uitspraken. Kwalitatief onderzoek is meer descriptief en interpretatief en stelt de aard van de onderzochte verschijnselen centraal en niet de frequentie van voorkomen. Op grond van algemene literatuur over arts-patiënt communicatie werd vervolgens een onderscheid gemaakt in correlatief, frequentieel, sequentieel en interactioneel onderzoek. Correlatief onderzoek relateert kenmerken van de interactie zoals instrumenteel of affectief gedrag aan uitkomstvariabelen zoals tevredenheid van de patiënt (satisfactie), therapietrouw (compliance) of het reproduceren van informatie (recall). Frequentieel onderzoek is gericht op het vaststellen van de frequentie van voorkomen van een bepaald gesprekskenmerk, zoals bijvoorbeeld de gespreksbijdrage per

deelnemer, de omvang van de interactie tussen twee sprekers of het rolprofiel van de participanten. Sequentieel onderzoek richt zich op de opeenvolging en de structuur van de interactie. Op lokaal niveau onderzoekt dit type onderzoek bijvoorbeeld de gespreksorganisatie in termen van beurtverdeling en beurtpeenvolging. Op globaal niveau is het doel veelal het in kaart brengen van de wijze waarop de gespreksfasering tot stand wordt gebracht. Interactioneel onderzoek tenslotte, onderzoekt met name de processen van wederzijdse beïnvloeding zoals het aanpassen van de gespreksstijl en het gespreksonderwerp afhankelijk van de geadresseerde. In dit type onderzoek staat het relationele aspect van de communicatie centraal. Als generalisatie kan worden gesteld dat correlatief en frequentieel onderzoek meer kwantitatief van aard is, terwijl sequentieel en interactioneel onderzoek per accent meer kwalitatief is georiënteerd. Het correlatieve onderzoek betreft met name effectmetingen, terwijl frequentieel, sequentieel en interactioneel gericht onderzoek vooral descriptief van aard is.

Het type onderzocht gedrag van de participanten werd geanalyseerd in termen van het onderscheid tussen instrumenteel en affectief gedrag. Tot slot werd aandacht besteed aan het perspectief van waaruit het onderzoeksartikel was geschreven in termen van een artsgericht dan wel patiëntgericht perspectief; zo stelt een artsgericht onderzoek het gedrag van de arts (en eventuele veranderingen daarin) centraal, terwijl een patiëntgericht artikel vanuit de optiek van de patiënt is geschreven.

## 3. Resultaten<sup>1</sup>

De steekproefgrootte van de onderzoeken varieerde van  $n=1$  (Tannen & Wallat, 1983, 1987) tot  $n=800$  (Korsch et al., 1968) (zie Tabel 1).

De helft van de onderzoeksartikelen betrof kwantitatief, correlatief en frequentieel gericht onderzoek. Het correlatieve onderzoek rapporteerde een positieve samenhang tussen affectief gedrag van de arts en satisfactie en therapietrouw van de ouder. Ouders die niet in de gelegenheid werden gesteld hun zorgen te expliciteren, waren minder tevreden en vertoonden minder therapietrouw (Korsch et al., 1968; Freeman et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972; Street, 1991). Frequentieel onderzoek leverde informatie over de relatieve gespreksbijdrage van de participanten en over de verschillende rolprofielen. De verschillende onderzoeken bleken redelijk consistent in hun bevindingen ten aanzien van de relatieve gespreksbijdrage van de arts, maar verschilden aanzienlijk in de gevonden gespreksbijdrage van de ouder en het kind (arts: 58-60%; ouder: 26-39%; kind: 2-14%) (Freeman et al., 1971; Pantell et al., 1982; Aronsson & Rundström, 1988; Meeuwesen et al., te versch). Afgezien van de gevonden verschillen kan worden geconcludeerd dat de gespreksbijdrage van het kind gering is. Ten aanzien van de omvang van de interactie tussen arts en kind (gedefinieerd als proportie van het totale aantal uitingen) werden sterk contrasterende resultaten gemeld, variërend van 12% (Freeman et al., 1971) tot 63% (Worobey et al., 1987). Onderzoek naar rolprofielen gaf opmerkelijke verschillen in het rolprofiel van de arts te zien, afhankelijk van de geadresseerde. In de interactie met de ouder vertoonde de arts het klassieke, door instrumenteel gedrag gekenmerkte, rolprofiel: de arts gaf informatie en instructie en vroeg om informatie, terwijl de ouder informatie verstrekte en weinig vragen stelde

(Freeman et al., 1971; Pantell et al., 1982; Street, 1992a; Parrott et al., 1992). Het rolprofiel van de arts in de interactie met het kind werd daarentegen voornamelijk gekenmerkt door affectief gedrag. Freeman et al. (1971) rapporteerden zelfs een aandeel van 50%. Sequentieel onderzoek naar het uitvoeren van controle liet zien dat vooral de ouder verantwoordelijk was voor het uitsluiten van het kind tijdens het consult; de controle die door de arts werd uitgeoefend was vrijwel constant (Aronsson & Rundström, 1988). Het onderzoek van Meeuwesen et al. (te versch) wees uit dat de in de loop der tijd toegenomen gespreksbijdrage van het kind het gevolg is van een toegenomen aantal initiatieven van het kind zelf.

Het interactionele onderzoek richtte zich vooral op de patronen van wederzijdse beïnvloeding van de gesprekspartners en illustreerde dat problemen rond het taalgebruik in het medisch consult verder gaan dan het spanningsveld tussen medische taal en alledaagse taal. Zo liet het onderzoek van Tannen & Wallat (1983, 1987) zien hoe de arts wisselt van frame, afhankelijk van de gesprekspartner. Tegenover de ouder hanteerde de arts voornamelijk een consultatieframe, waarin taakgericht instrumenteel gedrag de boventoon voerde. Het kind daarentegen werd benaderd vanuit een 'motherese frame', dat werd gekenmerkt door een affectieve, plagerige gesprekstijl. Deze tweedeling spoorde met de bevindingen van Worobey et al. (1987), waarin de arts tegenover het kind voornamelijk een affectieve gesprekstijl hanteerde, terwijl de ouder vanuit een, in termen van Tannen & Wallat, consultatieframe werd aangesproken. Het onderzoek van Aronsson & Rundström (1989) liet zien hoe de arts verschillende beleefdheidsstrategieën hanteerde; de ouder werd indirect of met respectbeledigheid benaderd, terwijl het kind direct of met solidariteitsbeledigheid werd aangesproken. Daarnaast liet het onderzoek zien hoe de arts het kind als derde partij gebruikt om een boodschap direct, maar zonder de ouder voor het hoofd te stoten, over te brengen. De directe benadering van het kind werd gecompenseerd door een overmaat aan affectief gedrag door de arts (Joking Relationship). Het onderzoek van Pantell et al. (1982) maakte duidelijk dat ook ten aanzien van het gespreksonderwerp een afstemming op de gesprekspartner plaatsvond in termen van de dimensies instrumenteel versus affectief gedrag.

Naast de analyse van type onderzoek en type onderzoek gedrag is gekeken naar het perspectief van waaruit het onderzoek was verricht. Het is opvallend dat vrijwel alle onderzoeksartikelen vanuit een artspectief werden geschreven; alleen het onderzoek van Street (1992a) en Parrott et al. (1992) hanteerde een gecombineerd perspectief van zowel arts als ouder.

Tabel 1 geeft een overzicht van de resultaten.

Tabel 1. Type, object en omvang van onderzoek.

Onderzoek	Type	Object	N
Korsch et al. (1968)	I:a,b	1	800
Freeman et al. (1971)	I:a,b	1 2 3 4	285
Korsch & N. (1972)	I:a,b	1	285
Pantell et al. (1982)	I:a,b II:d	1 2 3 4 5 8	115
Tannen & W. (1983)	II:d	6 7	1
Tannen & W. (1987)	II:d	6 7	1
Worobey et al. (1987)	I:b II:d	3 6 8	11
Aronsson & R. (1988)	I:b,c II:d	3 4 7 8	32
Aronsson & R. (1989)	II:d	6 8	32
Street (1991)	I:a	1	151
Street (1992a)	I:a,b	1 2 8	115
Street (1992b)	I:a,b	1 8	115
Parrott et al. (1992)	I:a,b II:d	2 8	30
Meeuwesen et al. (te versch)	I:b,c	3 4	20

#### Legenda:

- 1 = relatie
- a = correlatieve interactiekenmerken/uitkomstvariabelen
- b = frequentieel
- c = sequentieel
- d = interactioneel
- 1 = relatie
- 2 = rolprofiel participanten
- 3 = omvang interactie
- 4 = relatieve gespreksbijdrage
- 5 = topic conversatie
- 6 = gesprekstijl
- 7 = uitvoeren controle
- 8 = wederzijdse beïnvloeding

#### 4. Conclusies

Op grond van de resultaten moet worden geconcludeerd dat er opvallend weinig gepubliceerd is over de interactie tussen arts, ouder en kind.<sup>2</sup> Vanuit de disciplines sociale wetenschappen, geneeskunde en linguïstiek zijn slechts 14 empirische onderzoeksartikelen verschenen. Het betreft voornamelijk cross-sectioneel onderzoek van audio-registraties van het verbale gedrag van arts, ouder en kind. De nadruk ligt op correlatieve en frequentieel onderzoek en er is weinig aandacht voor sequentieel onderzoek. In vergelijking met onderzoek naar de interactie tussen arts en volwassene is er relatief veel aandacht voor interactioneel onderzoek.

Een vergelijking van de verschillende typen onderzoek maakt duidelijk dat de aandacht op verschillende aspecten van de interactie tussen arts, ouder en kind is gericht. Zo is het relationele onderzoek vooral gericht op de samenhang tussen het affectieve gedrag van de arts en satisfactie en therapietrouw van de ouder. De resultaten van het frequentieel onderzoek naar de omvang van de interactie tussen arts en kind lijken er op te duiden dat het kind daadwerkelijk actief bij het consult betrokken is. Een nadere analyse van de rolprofielen die de participanten vertonen, maakt echter duidelijk dat deze conclusie alleen met enige reserve mag worden getrokken, aangezien het verbale gedrag van de arts ten opzichte van het kind zich beperkt tot de affectieve dimensie. Het mag duidelijk zijn dat voor een volledig beeld van de arts-kind communicatie zowel de aard als de omvang van de interactie in onderlinge samenhang dienen te

worden bekeken. Sequentiële analyses suggereren dat de ouder verantwoordelijk is voor het uitsluiten van het kind tijdens het consult. Dit type onderzoek wijst er ook op dat de in de loop der tijd toegenomen gespreksbijdrage van het kind het gevolg is van een toegenomen aantal initiatieven van het kind zelf. Deze sequentiële analyses verhelderen zo aspecten van de interactie die bij frequentie analyses onbelicht waren gebleven. Ook het interactionele onderzoek ondersteunt het gevonden verschil in rolprofiel van de arts: instrumenteel gedrag ten opzichte van de ouder en affectief gedrag ten opzichte van het kind. Deze tweedeling in het gedrag van de arts geldt voor zowel het gespreksonderwerp, de door de arts gehanteerde gesprekstijl als de aanpassing van de arts aan de gesprekspartner in termen van frames en in termen van de door de arts gehanteerde beleefdheidsstrategie. De resultaten van deze kwalitatieve, interactionele onderzoeken vormen zo een ondersteuning en specificatie van de kwantitatieve onderzoeksresultaten.

Het is opvallend dat slechts in twee onderzoeken is gekozen voor een gecombineerd perspectief van arts en ouder. Door de gecombineerde perspectiefkeuze maakt het onderzoek van Street (1992a) en Parrott et al. (1992) duidelijk dat het gedrag van de arts beïnvloed wordt door het gedrag van de ouder. Juist in een onderzoek naar de communicatie in de triade arts, ouder en kind lijkt een meervoudige perspectiefkeuze een noodzaak; slechts door een gecombineerd perspectief van zowel arts, ouder als kind, kunnen deze processen van wederzijdse beïnvloeding diepgaand worden onderzocht.

De tweede onderzoeksvraag betrof de specifieke rol van het kind in medische conversaties. Een opvallende conclusie is dat er in de empirische onderzoeken vrijwel geen aandacht wordt besteed aan de specifieke inbreng van het kind tijdens medische interacties. Het bestaande onderzoek is vooral gericht op de dyade arts-volwassenen en gaat voorbij aan de invloed van de aanwezigheid van een kind tijdens het consult. Overigens moet worden opgemerkt dat de conclusie dat de arts ouder en kind anders benadert, niet spoort met de conclusie van Ten Have (1987) dat derden in het spreekuur altijd bij één van de twee partijen kunnen worden ingedeeld. Het huidige literatuuronderzoek lijkt er op te wijzen dat de triadische interactie arts-ouder-kind juist door de aanwezigheid van een derde zeer specifieke kenmerken bezit. Zo laat het onderzoek van Aronsson & Rundström (1989) zien hoe de arts op subtielere wijze het kind gebruikt om kritiek op de ouder directer te kunnen formuleren. Het is niet onaannemelijk dat ook de andere participanten op een dergelijke manier gebruik maken van de aanwezigheid van een derde in het spreekuur. Nader onderzoek naar de invloed van de aanwezigheid van een kind tijdens het consult kan hier wellicht meer inzicht in verschaffen.

Onderstaande zinsnede, opgetekend uit de mond van een ervaren onderzoeker op het terrein van arts-patiënt communicatie is tekenend voor de verwaarlozing van de rol van het kind tijdens medische interacties:

'Ik ben momenteel bezig met een onderzoek bij kinderartsen. Maar ja, dan heb ik wel een probleem, want daar zit een kind bij.'

De resultaten maken ook duidelijk dat de bijdrage van het kind aan het medisch consult uiterst

bepakt is. Deze resultaten lijken niet te sporen met de eisen van de medische praktijk. Zo kent de op 01-04-1995 in werking getreden Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) veel waarde toe aan het zelfbeschikingsrecht van patiënten door middel van invoering van het 'informed consent'. Kinderen hebben ook dit recht om op basis van informatie actief bij het beslissingsproces te worden betrokken. Ook anderszins zijn er aanwijzingen dat de rol van het kind tijdens het medisch consult serieuze aandacht verdient. Zo stelt Colland (1990) dat het kind meer begrijpt 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. Tot slot benadrukken ontwikkelingspsychologische studies dat het kind in staat is een veel actievere rol te spelen in de interactie met volwassenen (Elbers et al. 1992; Hoogsteder, 1995).

Vergelijking van de onderzoeksartikelen maakt duidelijk dat een gecombineerde onderzoeksopzet van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek noodzakelijk is om een compleet beeld te krijgen van de interactie tussen arts, ouder en kind. Correlationeel en frequentieel onderzoek biedt informatie over de gespreksbijdragen en gespreksprofielen en eventuele verschuivingen hierin. Aanvullend sequentieel onderzoek kan meer zicht geven op processen van beurttoewijzing en adressering. Complementair daaraan biedt kwalitatief interactioneel onderzoek de mogelijkheid processen van wederzijdse beïnvloeding te onderzoeken door het analyseren van de door de participanten gehanteerde frames en beleefdheidsstrategieën. Idealiter is een dergelijke gecombineerde onderzoeksopzet niet alleen complementair, maar ook cumulatief van aard doordat de verschillende typen analyses op elkaar voortbouwen.

Gezien de ongelijksoortige condities van de beschreven onderzoeken verdient het ook aanbeveling een dergelijk onderzoek uit te voeren met een meer homogene groep wat betreft setting, leeftijd van het kind en aard van de klacht en met aandacht voor zowel de verbale als de nonverbale aspecten van de interactie.

Tot slot dient onderzoek naar de interactie in de triade arts-ouder-kind bij voorkeur te gebeuren vanuit een meervoudig onderzoeksperspectief door aandacht te besteden aan het perspectief van zowel arts, ouder als kind. Gezien de bevindingen van Elbers et al. (1992) en Hoogsteder (1995) verdient het aanbeveling bij een dergelijk onderzoek ook een ontwikkelingspsychologisch perspectief te hanteren, door nadrukkelijk rekening te houden met de cognitieve ontwikkeling van het kind en attitudes van het kind ten aanzien van ziekte en gezondheid.

## Noten

1. Zie voor een volledige weergave van de resultaten: Tates & Meeuwesen (te verschijnen), Accents in doctor-parent-child interaction. A review study.
2. Zie ook: Kaptein et al. (1994).

## Literatuur

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

- Aronsson, K. & Rundström, B. (1989). Cats, dogs, and sweets in the clinical negotiation of reality: On politeness and coherence in pediatric discourse. *Language in Society*, 18, 483-504.
- Bensing, J. (1991). *Doctor-patient communication and the quality of care: An observation study into affective and instrumental behavior in general practice* (Dissertation). Utrecht: NIVEL.
- Colland, V.T. (1990). *Coping with asthma: Intervention methods for children and parents* (Dissertation). Amsterdam: Thesis.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: University Press.
- Elbers, E., Maier, R. & Hoogsteder, M. (1992). Internalization and adult-child interaction. *Learning and instruction*, 2, 101-118.
- Freeman, B., Negrete, V.F., Davis, M. & Korsch, B.M. (1971). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.
- Have, P. ten (1987). *Sequenties en formuleringsaspecten van de interactionele organisatie van huisarts-sprekeurgesprekken*. Dordrecht: Foris.
- Hoogsteder, M. (1995). *Learning through participation. The communication between young children and their caregivers in informal learning and tutoring situations* (Dissertation). Utrecht: ISOR.
- Kaptein, M., Meeuwesen, L. & Bensing, J. (1994). Huisarts-kindcommunicatie: Vroeger anders dan nu? In: A. Maes, P. van Hauwermeiren en L. van Waees (red), *Perspectieven in taalbeheersingsonderzoek*, pp. 328-336. Dordrecht: ICG Publications, 1994.
- Korsch, B.M., Gozzi, E.K. & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871.
- Korsch, B.M. & Negrete, V.F. (1972). Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227, 66-74.
- Meeuwesen, L. (1988). *Sprekeur of Zwijgaur: somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult*. Nijmegen: KUN.
- Meeuwesen, L., Bensing, J. & Kaptein, M. (te versch.). Doctor-parent-child communication over the years: An interactional analysis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.
- Mishler, E.G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Pantell, R.H., Stewart, T.J., Dias, J.K., Wells, P. & Ross, A.W. (1982). Physician communication with children and parents. *Pediatrics*, 70, 396-402.
- Ong, M.L.M., Haes, J.C.J.M. de, Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication. A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40, 903-918.
- Parrott, R., Greene, K. & Parker, R. (1992). Negotiating child health care routines during paediatrician-parent conversations. *Journal of Language and Social Psychology*, 11, 35-45.
- Roter, D.L., Hall, J.A. & Katz, N.R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Educational Counseling*, 12, 99-119.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. (1992). *Doctors talking with patients' patients talking with doctors. Improving communication in medical visits*. Westport: Auburn House.
- Street, R.L. (1991). Physicians' communication and parents' evaluations of pediatric consultations. *Medical Care*, 29, 1146-1152.
- Street, R.L. (1992a). Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Social Science and Medicine*, 34, 1155-1163.
- Tannen, D. & Wallat, C. (1983). Doctor-mother-child communication: Linguistic analysis of a pediatric interaction. In: S. Fisher & A.D. Todd (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication*, 203-219. Washington DC: Center for Applied Linguistics.
- Tannen, D. & Wallat, C. (1987). Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/interview. *Social Psychology Quarterly*, 50, 205-216.
- Worobey, J., O'Hair, H.D. & O'Hair, M.J.C. (1987). Pediatrician-parent communication: A descriptive analysis. *Language and Communication*, 7, 293-301.

# INTERACTIEPATRONEN BIJ BESLUITVORMING IN MANAGEMENTVERGADERINGEN, EEN KWESTIE VAN ORGANISATIECULTUUR

Marjan Huismán

## Samenvatting

Dit artikel beschrijft twee interactiepatronen die te herkennen zijn in besluitvormende episodes van managementvergaderingen. Verschillende groepen lijken een voorkeur te hebben voor verschillende patronen, wat verklaard kan worden door de patronen te beschouwen als deel van een organisatiecultuur. Deze visie brengt met zich mee dat het per groep kan verschillen wat een acceptabel besluit wordt geacht. Aldus heeft deze visie consequenties voor ons beeld van besluitvorming in vergaderingen.

## 1. Inleiding

In bepaalde episodes van vergaderingen vallen na enig heen en weer gepraat besluiten. In die episodes krijgen toekomstige activiteiten of situaties de status *dat wordt gedaan of dat wordt de situatie*. Met andere woorden, het interactionele besluitvormingsproces is mijns inziens te kenschetsen als een proces waarin beschrijvingen van toekomstige activiteiten en situaties een uitvoeringsstatus krijgen. In de episodes waarin besluiten vallen, zijn in het verloop van de interactie patronen te ontdekken: deelnemers oriënteren zich op specifieke manieren van doen. Hoewel afzonderlijke vergadergroepen in theorie dezelfde interactionele mogelijkheden hebben - en ze dus dezelfde patronen zouden kunnen hanteren - lijken ze in hun voorkeuren voor bepaalde patronen te verschillen. Dit komt naar voren in mijn onderzoek naar besluitvorming in managementvergaderingen binnen drie Nederlandse organisaties en blijkt ook uit de studie van Meier naar werkbesprekingen in een aantal Duitse organisaties (Meier 1997, hst.6).

Verschillen in voorkeur voor interactiepatronen kunnen op een inzichtelijke manier worden vergeleken door ze te begrijpen in termen van de organisatiecultuur van de bedrijven waar de vergaderingen zich afspeelen. *Organisatiecultuur* definieer ik, in navolging van Tennekes (1995, p.57), als: *een samenhangend geheel van werkelijkheidsconcepties, waarden en gedragsregels dat betrekking heeft op het werk dat binnen de organisatie wordt verricht en op de wijze waarop mensen binnen die organisatie met elkaar omgaan*. Daarbij ga ik net als Tennekes uit van een dynamische cultuuropvatting en een dialectiek tussen structuur en handelen. Dat wil zeggen dat aan de ene kant handelingspatronen het uitgangspunt voor handelen zijn, terwijl aan de andere kant het handelen de patronen opnieuw, en op unieke wijze tot stand brengt. Ik onderzoek op welke wijzen managers in vergaderingen aan besluitvormende interactie gestalte geven. Hun praktijken, casu quo patronen van handelen, kunnen mijns inziens beschouwd worden als deel van de organisatiecultuur, of tenminste van de subcultuur van het managementteam. Eventuele verschillen tussen de teams in de interactiepatronen waarvoor zij een voorkeur lijken te hebben,