

# Impliciete theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie

J.M. BENSING

Onderzoek naar arts-patiënt communicatie lijdt aan gebrek aan theorievorming. In dit literatuuroverzicht wordt nagegaan welke (vaak impliciete) theorieën desalniettemin een rol spelen in de concrete onderzoekspraktijk. Twee theoretische hoofdstromen worden onderscheiden, die globaal overeenkomen met de 'cure'-care'-dimensie: de op Bales georiënteerde onderzoekstraditie die primair gericht is op het probleemoplossend proces met een accent op het instrumentele gedrag van de arts (belangrijk in 'cure') en de Rogeriaans georiënteerde onderzoekstraditie die primair gericht is op het scheppen van een therapeutische relatie, met een accent op het affectieve (belangrijk in 'care'). De meeste onderzoeksprojecten op het terrein van de arts-patiënt communicatie kunnen gemakkelijk in een van beide theoretische hoofdstromen worden ondergebracht. Aangetoond wordt hoe deze (vaak impliciete) theoretische noties verankerd zijn in de observatiemethode en in de wijze waarop de gegevens worden bewerkt, en hoe dit – onvermijdelijk – tenslotte doorwerkt in de onderzoeksresultaten (die op het oog vaak tegenstrijdig zijn).

**Bensing JM. Impliciete theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie. Huisarts Wet 1991; 34(7): 311-9.**

Mw. dr. J.M. Bensing, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Een Engelse versie van dit artikel verscheen vrijwel gelijktijdig als hoofdstuk 2 in: Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991: 33-53.

## Inleiding

Onderzoek naar arts-patiënt communicatie is opmerkelijk theorie-arm. Het thema kent een rijke onderzoekstraditie, een per maand groeiende stapel literatuur, maar ook nogal wat tegenstrijdige resultaten. Hoe tegenstrijdig die onderzoeksliteratuur is, werd treffend gedemonstreerd door *Inui & Carter*,<sup>1</sup> die – in navolging van *Pendleton*<sup>2</sup> – uit een groot aantal onderzoeken gegevens hebben verzameld over de samenhang tussen enerzijds aspecten van de arts-patiënt communicatie en anderzijds patiëntensatisfactie. Het bracht hen tot de inmiddels vaak geciteerde uitspraak dat het gebundelde onderzoek op het terrein van de arts-patiënt communicatie eruit ziet 'as a Rorschach-test for readers, that is apt to reveal as much about the reader, as about the results themselves'.<sup>1</sup>

Uiteraard hebben meer factoren bijgedragen tot het feit dat de onderzoeksresultaten op dit gebied blijkbaar zo moeilijk te synthetiseren zijn, maar ongetwijfeld is het gebrek aan theorievorming toch de belangrijkste oorzaak. In beginsel wordt dit ook wel onderkend: onderzoekers sluiten hun empirische publikaties vaak af met een roep om meer theorie. Ook in overzichtsaftikelen wordt herhaaldelijk geklaagd over het gebrek aan theorievorming.<sup>3-7</sup> En tenslotte wordt auteurs van overzichtsaftikelen op hun beurt verweten dat zij precies dezelfde fout maken.<sup>8</sup> We hebben dus met een diep geworteld probleem te maken.

In dit artikel wil ik niet proberen een allesomvattend theoretisch raamwerk te formuleren, waar al het onderzoek naar arts-patiënt communicatie in zou moeten passen (zoals bijvoorbeeld *Leventhal* heeft gedaan met zijn systeemtheorie).<sup>8</sup> Evenmin zal ik een poging doen om de veelheid aan onderzoeksgegevens door middel van een meta-analyse te comprimeren (zoals *Roter et al.*<sup>4</sup> hebben gedaan). In plaats daarvan heb ik voor een derde weg gekozen om meer greep te krijgen op de intrigerende 'Rorschach-test' van *Inui & Carter*: in dit artikel wil ik nagaan welke (vaak impliciete) theoretische noties een rol spelen in concrete onderzoeksprojecten. Het is de bedoeling te laten zien hoe deze noties verankerd zijn in onderzoeksmethoden en

meetinstrumenten, in de manier waarop de gegevens worden verwerkt en geanalyseerd, en tenslotte, als ultieme consequentie, hoe deze theoretische noties van invloed zijn op de resultaten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie (of op het ontbreken van resultaten die elders wél gevonden zijn).

## De twee gezichten van de geneeskunde

We starten onze theoretische exercitie met het onderscheid tussen wat door *Putnam et al.* 'the two faces of medicine' is genoemd: het technologische en het humanitaire, *cure* en *care*.<sup>9</sup> Dit onderscheid is niet nieuw en gaat zelfs terug tot Hippocrates, die in de vierde eeuw voor Christus opmerkte dat 'the patient, though conscious that his condition is perilous, may recover his health simply through his contentment with the goodness of the physician' (citaat ontleend aan *Dimatteo*<sup>10</sup>). Maar terwijl de arts vroeger vaak weinig andere middelen tot zijn beschikking had dan zijn eigen medemenselijkheid,<sup>1</sup> lijkt nu het zwaartepunt te zijn verschoven naar de technologische kant. Dat neemt overigens niet weg dat er (in golfbewegingen) ook altijd geluiden zijn geweest ten gunste van een humane aanpak in de geneeskunde – denk aan *Balint's* fameuze uitspraak: 'The doctor as a drug' en aan de recente Wickenburg-conferentie over the *task of medicine*.<sup>11 12</sup>

Laat ons de twee gezichten van de geneeskunde eens wat verder inkleuren. *Cure* en *care* onderscheiden zich in een aantal opzichten van elkaar:

- ze worden gezien als kunde versus kunst ('the science and the art');
- ze hebben respectievelijk een natuurwetenschappelijke en een gedragswetenschappelijke achtergrond;
- ze zijn primair gericht op respectievelijk technologie en medemenselijkheid;
- de patiënt wordt beschouwd als een geval met een ziekte, of als een persoon die zich ziek voelt;
- in de behandeling staat het oplossen van problemen voorop, of het scheppen van een therapeutische relatie;
- het gedrag van de arts is instrumenteel versus affectief.

Het is mogelijk gebleken artsen op deze *cure-care*-dimensie te rangschikken.<sup>13-15</sup>

### Wat wil de patiënt?

Vanuit patiëntenperspectief kan eenzelfde soort onderscheid worden gemaakt. Een patiënt heeft een gezondheidsgeschiedenis voordat hij de spreekkamer binnenstapt: hij heeft bij zichzelf bepaalde symptomen waargenomen; hij heeft deze als voldoende ernstig beoordeeld om er iets aan te gaan doen; wat hij er zelf van weet, of er zelf aan kan doen (eventueel samen met zijn directe omgeving) vindt hij blijkbaar niet meer voldoende; hij heeft geregeld dat hij naar de dokter kan.<sup>16</sup>

In wezen kan iedere ziekte zo worden opgevat als een 'breakdown'.<sup>17</sup> Dat betekent dat de patiënt op het moment dat hij de spreekkamer binnenkomt, op de top is van een stress-curve.<sup>18-20</sup> Stress met twee duidelijk te onderscheiden aspecten: onzekerheid en angst.<sup>21</sup> Onzekerheid, omdat hij wil weten wat er aan de hand is, hoe hij eraan komt, enzovoort; angst, omdat de patiënt bang is dat het misschien iets ergs is of erger zal worden, bang dat het consequenties heeft voor zijn normale doen en laten, bang dat hij misschien dood zal gaan. Enkele auteurs hebben erop gewezen dat het naar de dokter gaan op zichzelf nog eens extra angst en onzekerheid kan veroorzaken ('Word ik wel serieus genomen? Wat staat me te wachten?').<sup>17 22</sup>

Als een patiënt naar zijn huisarts gaat, heeft hij dus twee doelen: onzekerheidsreductie en angstreductie; beide doelen hebben aandacht nodig.

Het eerste doel weerspiegelt een cognitieve behoefte – zoals Engel zei: 'the need to know and understand'.<sup>23</sup> De patiënt wil instrumenteel gedrag: informatie, vooral uitleg en verduidelijking.<sup>24-27</sup> Vooral het verbale gedrag van de arts is hiervoor van belang.

Daarnaast heeft de patiënt behoefte aan angstreductie. Dit is een emotionele behoefte, in de woorden van Engel: 'the need to feel known and understood'.<sup>23</sup> Hij wil geaccepteerd worden door zijn arts, het gevoel hebben dat hij niet als simulant wordt beschouwd.<sup>23 28-30</sup> Hij wil affectie en bovenal geruststelling.<sup>10 18 31-34</sup> En daarbij

let hij op het verbale, maar zeker ook op het non-verbale gedrag van de arts.

Er is bovendien een groeiend besef dat beide soorten behoeften met elkaar verbonden zijn.<sup>17 33</sup> Het is duidelijk dat veel medische problemen niet met alleen een empathische houding (*care*) opgelost kunnen worden. Van meer recente datum is het inzicht dat veel medische problemen evenmin opgelost kunnen worden met louter instrumenteel gedrag (*cure*).

### De Rorschach-test ontrafeld

Terug naar de Rorschach-test van *Inui & Carter*. In tabel 1\* staan alle communicatievariabelen die in uiteenlopende onderzoeken bleken samen te hangen met patiëntensatisfactie. Om deze Rorschach-test te ont-rafelen zijn eerst alle (achtergrond- en uit-

\* In verband met de veelal Engelstalige terminologie zijn de tabellen in dit artikel niet vertaald.

**Tabel 1** International analysis studies relating clinical communication process to satisfaction outcomes.

Study	Aspects of satisfaction	Variables shown to be related
Korsch et al. (1958)	Dissatisfaction	No reassurance
Freeman et al. (1971)	Satisfaction	Proportion of doctor talk high† Doctor behavior warm and friendly Doctor volunteered information Doctor discussed causes of problem Patient expressed agreement and understanding Much social chat
Korsch et al. (1971) Korsch & Negrete (1972)	Satisfaction	Doctor showed friendly interest Doctor discovered concerns Doctor dealt with expectations Doctor gave specific instructions Doctor offered continued support Doctor expressed trust in caretaking ability of mother
Kupst et al. (1975)	Satisfaction	None
Larsen & Rootman (1976)	Satisfaction	Doctor conformed to patient's expectations
Roter (1977)	Dissatisfaction	Increased patient questioning after experimental intervention
Van Dorp (1977)	Dissatisfaction Satisfaction	Doctor asked many closed questions Doctor used empathic questions
Woolley et al. (1978)	Satisfaction with care Satisfaction with outcome	Satisfaction with outcome Continuity of care Communication about patient expectations Patient expectations fulfilled Actual outcome Satisfaction with care
Romm and Hulka (1979)	Satisfaction	Patient memory of specific information

Tabel 1 Vervolg

Study	Aspects of satisfaction	Variables shown to be related
Stiles et al. (1979)	'Affective' satisfaction	Patient explained condition in own words early in interview
	'Cognitive' satisfaction	Doctor freely informed patient about illness and treatment at end of interview
DiMatteo et al. (1979)	Patient's positive evaluation of doctors' behavior	Patients' age Patients' sex Patients' occupational status Patients' level of education Patients' positive evaluation of doctor's behavior Seriousness of problem
	Patients' expressed willingness to return to same doctor	
Ben-Sira (1980)	Patients' positive evaluation of doctor's behavior	Patients' degree of concern about problem Patients' level of education
Friedman et al. (1980)	Satisfaction Doctor's non-verbal expressiveness	Aspects of doctor's personality
Hall et al. (1981)	Contentment with visit results	Negative doctor affect expressed in voice tone with positive affect communicated through words
Wartman et al. (1981)	Satisfaction with quality of provider-patient interaction	Not receiving prescriptions associated with greater satisfaction
Cornstock et al. (1982)	Satisfaction with doctor characteristics and performance	Courteous behavior and provision of information; female patients more satisfied with female doctors
Inui et al. (1982)	Satisfaction with technical interpersonal and communication aspects of clinic visits	Positive association with increased patient opportunity to provide information; negative association with doctor and patient verbal behaviors suggesting tension of anxiety and with assertive patient verbal behaviors
Eisenthal et al. (1983)	Global satisfaction with visit	Doctor gives clear and complete explanation of medication and seeks patient agreement with plan; patient states requests before disposition phase of visit
Ley (1983)	Satisfaction with communication	Understanding of instructions
Wasserman (1984)	Satisfaction with technical and interpersonal aspects of visit	Positive association with encouraging and emphatic behaviours

Citations for 1968-1980 work may be found in *Pendleton*<sup>2</sup>, the others in *Inui & Carter*.<sup>1</sup>  
 † This has to be: 'proportions of doctors talking in a highly affectionate tone'; it is wrongly cited by *Pendleton* and reproduced by *Inui & Carter*.

komst-)variabelen verwijderd die op zichzelf niets te maken hebben met arts-patiënt communicatie. Dat is niet gebeurd omdat ze niet belangrijk zouden zijn, maar omdat we ons voor onze vraagstelling willen concentreren op de communicatie zelf.<sup>1</sup>

Vervolgens zijn de overgebleven variabelen gegroepeerd naar de twee basisbehoeften die de patiënt tijdens het consult heeft: de behoefte aan informatie en de behoefte aan affectie. Deze twee behoeften vallen samen met de 'two faces of medicine': *care* en *cure*.

Er resteert dan een derde categorie (overigens een categorie van een meta-niveau), die niet rechtstreeks volgt uit de voorafgaande beschouwingen over de *cure-care*-dimensie, maar het beeld ook niet aantast. Deze categorie verwijst naar het feit dat patiënten niet allen hetzelfde zijn en hetzelfde willen. Zo kan de onderlinge verhouding tussen de basisbehoeften voor verschillende patiënten heel verschillend liggen. Sommige patiënten hebben meer behoefte aan affectief gedrag, andere willen vooral veel informatie.<sup>36</sup> Ook blijken de aard en ernst van de klachten van de patiënt van invloed te zijn op zijn behoefte aan affectief versus instrumenteel gedrag.<sup>17</sup> Als patiënten van elkaar verschillen in hun specifieke behoeften aan medische zorg, zelfs op de *care-cure*-dimensie, is het niet verwonderlijk dat we een derde categorie aantreffen in de gebundelde onderzoeksresultaten: tegemoet komen aan de verwachtingen van de patiënt (*tabel 2*).

### Affectief versus instrumenteel gedrag

We hebben geconstateerd dat er drie groepen variabelen zijn, drie soorten artsengedrag die lijken te voorspellen of een patiënt al dan niet tevreden over het consult zal zijn: affectief gedrag, informatie geven en (een niveau hoger) tegemoet komen aan de verwachtingen van de patiënt. Met deze constatering is nog niets gezegd over de onderlinge verhouding tussen deze soorten gedrag, hun relatief gewicht, hun relatieve invloed. En hier tekent zich het volgende probleem af.

Tot voor kort waren de onderzoekstradities op beide terreinen vrij sterk geschei-

**Tabel 2** *International analysis studies relating three types of communication variables to satisfaction.*

Study	Affective variables	Instrumental variables	Other variables
Korsch et al.	No reassurance		
Freeman et al.	Proportion of doctor talk high Doctor behavior warm and friendly Patient expressed agreement and understanding Much social chat	Doctor volunteered information Doctor discussed causes of problem	
Korsch et al.	Doctor showed friendly interest		
Korsch & Negrete	Doctor discovered concerns Doctor offered continued support Doctor expressed trust in caretaking ability of mother	Doctor gave specific instructions	(Doctor dealt with expectations)
Larsen & Rootman			(Doctor conformed to patient's expectations)
Roter		Increased patient questioning after experimental intervention	
Van Dorp		Doctor asked many closed questions Doctor used empathic questions	
Woolley et al.			Communication about patient expectations (Patient expectations fulfilled)
Stiles et al.		Patient explained condition in own words early in interview Doctor freely informed patient about illness and treatment at end of interview	
Ben-Sira	(Patients' degree of concern about problem)		
Friedman et al.	(Aspects of doctor's personality) Doctor's non-verbal expressiveness		
Hall et al.	Negative doctor affect expressed in voice tone with positive affect communicated through words		
Cornstock et al.	Courteous behavior	Provision of information	
Inui et al.	Negative association with doctor and patient verbal behaviors suggesting tension or anxiety and with assertive patient verbal behaviors	Positive association with increased patient opportunity to provide information	
Eisenthal et al.		Doctor gives clear and complete explanation of medication Patient states requests before disposition phase of visit	Doctor seeks patient agreement with plan
Wasserman	Positive association with encouraging and emphatic behaviours		

den. Sommige onderzoekers waren vooral geïnteresseerd in patronen van informatie-uitwisseling tussen artsen en patiënten met verschillende achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit, sociale achtergrond<sup>34 37-41</sup>) of in technieken die er voor zorgen dat de patiënten de verstrekte informatie beter onthouden of de voorschriften van de arts beter opvolgen – allemaal taakgericht gedrag, gericht op het oplossen van problemen (*cure*).<sup>26 27 40 42-46</sup> Anderen waren geïnteresseerd in het evalueren van gespreksvaardigheden,<sup>29 47-54</sup> in het opsporen van psychi(atri)sche problematiek,<sup>15 51 53 55 56</sup> of in de mate waarin de arts ruimte geeft aan de patiënt om datgene onder woorden te brengen wat hem werkelijk dwars zit<sup>47 54 57 58</sup> – allemaal affectief gedrag, gericht op de therapeutische relatie (*care*). Pas tamelijk recent hebben onderzoekers belangstelling gekregen voor de onderlinge relaties tussen instrumenteel en affectief gedrag. En opnieuw geeft de literatuur een tegenstrijdig beeld. Sommige onderzoekers stellen dat patiënten geen onderscheid kunnen maken tussen het affectieve en het instrumentele gedrag van de arts, en daarom hun beoordeling van het instrumentele gedrag van de arts baseren op zijn affectieve gedrag; zij vinden in hun onderzoek ook empirisch bewijsmateriaal dat deze stelling lijkt te ondersteunen.<sup>10 14 18 31 32 59</sup> Anderen beweren dat patiënten wel degelijk onderscheid kunnen maken tussen beide typen gedrag en dat ook doen; patiënten zouden hun tevredenheid vooral laten bepalen door het technische gedrag van de arts.<sup>42 60 61</sup> Weer anderen stellen dat affectief en instrumenteel gedrag elkaar sterk beïnvloeden, en inderdaad worden in sommige onderzoeksprojecten hoge correlaties gevonden tussen externe beoordelingen van beide typen gedrag.<sup>18 29 62 63</sup> Volgens andere onderzoekers is er echter eerder sprake van óf het een, óf het ander, waarbij ook zij verwijzen naar de resultaten van hun onderzoek.<sup>61 64</sup>

Wederom tegenstrijdige resultaten, die gedeeltelijk verklaard kunnen worden door de impliciete theorieën van de onderzoekers, en dan met name door hun (wellicht zelfs voor een deel onbewuste) gerichtheid op hetzij de instrumentele, hetzij de affectieve kant van de geneeskunde. Bij onder-

zoekers die hun werk begonnen zijn in de instrumentele traditie, blijft het instrumentele gedrag de overhand houden, zelfs wanneer zij hun oorspronkelijke observatiemethode geleidelijk hebben aangevuld met wat maten voor affectief gedrag (zoals we bijvoorbeeld kunnen zien bij *Hall et al*).<sup>61</sup> Aan de andere kant blijven onderzoekers die afkomstig zijn uit de affectieve traditie, ook consequent onderzoeksresultaten vinden die het belang van affectief gedrag beklemtonen. Hiervan is *Ben Sira* een goed voorbeeld.<sup>31</sup>

### De invloed van atheoretische beslissingen in concreet onderzoek

Een onderschat probleem in de sociale wetenschappen (en dat geldt zeker ook voor onderzoek naar arts-patiënt communicatie) is de invloed van atheoretische beslissingen op concreet onderzoek. De keus van een observatie-instrument is daar een goed voorbeeld van. Te vaak kiezen onderzoekers niet op grond van theoretische, maar op grond van technische argumenten – zoals toevallige beschikbaarheid of bewezen betrouwbaarheid – voor een bepaald observatie-instrument.<sup>26</sup> En de keuze van een observatie-instrument beïnvloedt de specifieke maten, het analyseplan en tenslotte ook de onderzoeksresultaten zelf. Dit verschijnsel laat zich goed illustreren aan de hand van de *cure-care*-dimensie. *Cure* en *care* blijken elk hun eigen type observatie-instrument te hebben.

Aan de instrumentele kant vinden we *Bales* met zijn 'Interactional Process Analysis'.<sup>65</sup> *Bales* heeft verreweg de meeste onderzoekers naar arts-patiënt communicatie geïnspireerd.<sup>6 7 39 40 42 43 53 61 64 66-68</sup> Maar hoe wel *Bales* ervoor waarschuwt dat een observatie-instrument in feite niets anders is dan een set hypothesen over (in dit geval) de interactiestructuur tussen mensen, lijkt het erop dat zijn volgelingen zich dat niet altijd hebben gerealiseerd. *Bales* ontwikkelde zijn klassieke observatiesysteem om het probleem-oplossend proces in kleine groepen te onderzoeken. Hij ging ervan uit dat al het menselijk gedrag in eerste instantie gericht is op het oplossen van problemen;

het is instrumenteel en doelgericht, en het is altijd een sociaal proces. Daarom ligt het accent op informatie-uitwisseling.

De theoretische achtergrond van *Bales* bestaat uit informatie- en communicatietheorieën. Hij heeft uitgewerkte ideeën over de invloed van bijvoorbeeld status, beschikbaarheid van hulpbronnen en rolpatronen op het proces van informatie-uitwisseling. Hij erkent dat gedrag soms voornamelijk affectief bepaald is, maar hij stelt dat dit altijd van tijdelijke aard is, bijvoorbeeld wanneer het nodig is een verstoorde relatie weer op gang te brengen. Affectief gedrag is daarom in de ogen van *Bales* altijd ondergeschikt aan het probleem-oplossend proces. Affectief (of expressief, zoals hij het ook wel noemt) gedrag is geen doel op zichzelf.

*Bales* onderscheidt de volgende basiscategorieën:

- 1 Shows solidarity.
- 2 Shows tension release.
- 3 Agrees.
- 4 Gives suggestion.
- 5 Gives opinion.
- 6 Gives orientation.
- 7 Asks for orientation.
- 8 Asks for opinion.
- 9 Asks for suggestion.
- 10 Disagrees.
- 11 Shows tension.
- 12 Shows antagonism.

De nummers 4-9 meten instrumenteel gedrag; de nummers 1-3 (positief) en 10-12 (negatief) meten sociaal-emotioneel of affectief gedrag.

Een nadere beschouwing van deze categorieën leert ons dat ze goed in staat zijn sociaal-emotionele begrippen als mate van conflict of consensus vast te leggen (essentieel om inzicht te krijgen in het probleem-oplossend gesprek), maar dat ze niet geschikt zijn voor het meten van therapeutische begrippen als empathie en warmte (begrippen die nodig zijn voor inzicht in bijvoorbeeld angstreductie). Met andere woorden: onderzoek dat alleen gebruik maakt van *Bales'* (of *Bales*-achtige) observatiesystemen zal nooit in staat zijn het essentiële van de *care*-zijde van de geneeskunde vast te leggen.

Aan de andere zijde van de *cure-care*-dimensie vinden we de psycholoog Rogers<sup>69</sup> en de psychiater Balint.<sup>11</sup> Met hun begrippen als empathie, respect, warmte, echtheid en toewijding zijn zij de belangrijkste inspiratiebron geweest voor onderzoekers die vooral geïnteresseerd zijn in affectief gedrag.<sup>47 48 50 52 58 70-75</sup> Dit type onderzoek is stevig geworteld in de psychotherapeutische traditie. Aangenomen wordt dat een 'unconditional positive regard' – een onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt – ervoor zal zorgen dat er een therapeutische relatie ontstaat waarin de patiënt zich veilig genoeg zal voelen om zijn problemen te exploreren en om te proberen zijn gedrag te veranderen. Het is een non-directieve benadering. De dokter is er om ruimte voor de patiënt te scheppen.

Ook hier geldt echter dat onderzoekers binnen deze onderzoekstraditie te beperkt te werk gaan; zij hebben maar al te vaak alleen oog voor de therapeutische kwaliteiten van de arts-patiënt relatie en letten dan niet of nauwelijks op de probleem-oplossende kanten van het consult of op de behoefte van de patiënt aan duidelijke informatie ('ik wil alleen maar weten wat ik heb, en hoe ik er vanaf kan komen').

De twee gezichten van de geneeskunde hebben dus elk hun eigen onderzoekstraditie gegenereerd, met een geheel verschillende theoretische achtergrond, waardoor ze ook op andere punten fundamenteel van elkaar verschillen. Beide hebben sterke en zwakke kanten. De belangrijkste verschillen zijn samengevat in *tabel 3*.

### Twee soorten observatiesystemen: twee soorten problemen

De *Bales*-achtige observatiesystemen, oorspronkelijk bedoeld om probleem-oplossend gedrag te meten (*cure*) maken gebruik van audiobanden; alleen verbaal gedrag wordt gecodeerd. De psychotherapeutisch georiënteerde observatiesystemen, bedoeld om affectief gedrag te meten (*care*) maken gewoonlijk gebruik van video-opnamen of directe observaties: zowel verbaal als non-verbaal gedrag wordt gemeten.

Verskillende methoden leiden gemak-

kelijk tot verschillende onderzoeksresultaten. Stille, bijvoorbeeld, is een krachtig therapeutisch middel, net als luisteren; allebei vormen van non-verbaal gedrag. Mehrabian concludeerde in een breed literatuuroverzicht dat slechts 7 procent van de emotionele communicatie wordt overgebracht via verbaal gedrag; daarentegen wordt maar liefst 55 procent alleen overgebracht via visuele signalen als oogcontact of lichaamshouding (geciteerd door *Stechner*<sup>76</sup>). Verschillende factoren zijn verantwoordelijk voor het feit dat patiënten zeer gevoelig zijn voor het non-verbale gedrag van de arts.<sup>22</sup> In de eerste plaats roept ziekte angst op en emotionele onzekerheid. Onder deze omstandigheden zullen patiënten zoeken naar subtiele signalen voor hoe ze zich zouden moeten voelen. In de tweede plaats willen patiënten graag weten wat hen mankeert, hoe ernstig het is en wat de prognose is. Aangetoond is dat via non-verbaal gedrag boodschappen uitlekken die niet bedoeld zijn om verteld te worden.<sup>77</sup> Patiënten zijn zeer gevoelig voor inconsistenties tussen het verbale en het non-verbale gedrag – wat in de school van Rogers beschouwd wordt als gebrek aan 'echtheid', een van de basisconcepten van de 'unconditional positive regard'.<sup>58</sup>

Uit het bovenstaande kunnen we concluderen dat emotionele communicatie niet goed gemeten kan worden via observatiesystemen waarin alleen verbaal gedrag wordt gecodeerd. Wanneer dit toch gebeurt, is het niet verwonderlijk dat onderzoek tegenstrijdige resultaten oplevert.

Een ander probleem met aan *Bales* ontleende observatiesystemen heeft betrek-

king op de wijze waarop gedrag wordt gecodeerd. In *Bales*-achtige systemen wordt iedere uiting van arts en patiënt gecodeerd, en in de analyses tellen alle uitingen – ongeacht hun relevantie – even zwaar mee. Deze procedure staat garant voor een hoge betrouwbaarheid, maar heeft tegelijkertijd een matige validiteit. Bovendien is het meeste onderzoek correlatief van opzet, met als onvermijdelijke (maar slechts zelden geëxpliciteerde) assumptie dat 'meer' altijd 'beter' is.<sup>1 6</sup> Er bestaat geen mogelijkheid om cruciale opmerkingen extra te waarderen. Er is geen traditie in het zoeken naar een optimum, dat gemakkelijk ergens tussen het minimum en het maximum in zou kunnen liggen. Soms werkt men niet met frequenties, maar met proporties (bijvoorbeeld het aantal gesloten vragen per minuut), maar blijkens de literatuur doet men dit eerder op empirische dan op theoretische gronden. En tenslotte wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de vorm en de inhoud van de boodschap. Een arts kan bijvoorbeeld vragen: 'waar doet het pijn?' of 'wanneer is het begonnen?' en hij kan ook vragen: 'waar ben je het meest bang voor?' en 'wat wil je graag dat ik voor je doe?' Dat zijn allemaal vragen, en ze moeten ook als 'vraag' gescoord worden in een *Bales*-achtig systeem. Maar de eerste groep vragen bestaat uit instrumenteel gedrag, terwijl het tweede soort vragen 'affectief' genoemd kan worden.

De observatiesystemen van de op 'care' georiënteerde onderzoekers hebben weer andere methodologische problemen. Terwijl onderzoekers uit de traditie van *Bales*

**Tabel 3** Observatiemethoden binnen de *cure-care*-dimensie.

	Cure	Care
Doel	oplossen van problemen	een therapeutische relatie scheppen
Gedrag	taakgericht; instrumenteel	affectief; sociaal-emotioneel
Methoden	– audio – verbaal gedrag – gedetailleerd – frequentietellingen	– video – verbaal + non-verbaal gedrag – globaal – beoordelingsschalen
Betrouwbaarheid	hoog	matig
Validiteit	matig	hoog

bekritiseerd worden omdat ze te veel aandacht besteden aan de technische aspecten van hun onderzoek,<sup>5</sup> lijken de onderzoekers uit de traditie van Rogers c.s. zo geïnvolveerd in de inhoud van hun werk, dat de methodologische onderbouwing vaak zwak is. Dit geldt vooral voor de wat oudere publikaties uit de sfeer van opleiding en nascholing.<sup>50 72 78</sup> Details over de onderzoeksopzet en (bijvoorbeeld) betrouwbaarheidsscores worden vaak niet gegeven. De training lijkt soms belangrijker dan het evaluatie-onderzoek (en is dat in een aantal opzichten natuurlijk ook). Gedrag wordt niet gedetailleerd geteld, maar – meestal op 5-puntsschaaltjes – globaal beoordeeld. Dit is een veel subjectievere procedure met een voor een clinicus acceptabele (*face*-)validiteit, die echter noodzakelijk leidt tot lagere betrouwbaarheidsscores.<sup>51 57 61 70</sup>

Toch lijkt de betrouwbaarheid niet het grootste probleem van dit type systemen. Barsky *et al.* en Dimatteo *et al.* concluderen dan ook op basis van literatuur en eigen onderzoek dat beide onderzoeksmethoden (gedetailleerd tellen van verbaal gedrag en globale beoordelingsschalen) betrouwbaar genoeg zijn om te gebruiken.<sup>79 62</sup>

Een moeilijker op te lossen probleem bij

beoordelingsschalen is het ‘halo-effect’:<sup>72</sup> empathisch gedrag blijkt vaak als een *Gestalt* te worden waargenomen, met hoge correlaties tussen de samenstellende delen.<sup>62 78</sup> Empathisch gedrag wordt gemakkelijk herkend door een clinicus, maar is vaak moeilijk vast te leggen in telbaar gedrag. Soms lijkt ook het meten van ‘the art of medicine’ eerder kunst dan kunde. Maar wellicht is toch het belangrijkste probleem in deze onderzoekstraditie dat er zo weinig aandacht is voor de probleem-oplossende kant van de geneeskunde. En empathie is niet genoeg in een consult.<sup>47 51 80</sup>

Sommige onderzoekers hebben dit probleem trachten op te lossen door een actief deel toe te voegen aan hun vooral op passief gedrag gerichte observatieschema.<sup>47 51 58</sup> Empathie wordt door deze auteurs gezien als een noodzakelijke, maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor goede hulpverlening. Hornsby<sup>58</sup> gaat zelfs zo ver dat zij voor de huisartspraktijk een drie-stadia-model voorstelt, waarbij actief gedrag pas mag plaatsvinden als de eerdere stadia (scheppen van een goede relatie en de patiënt ruimte geven zichzelf te uiten) zijn gepasseerd.

Dit kan een goede oplossing zijn voor consulten waarin psychische problemen

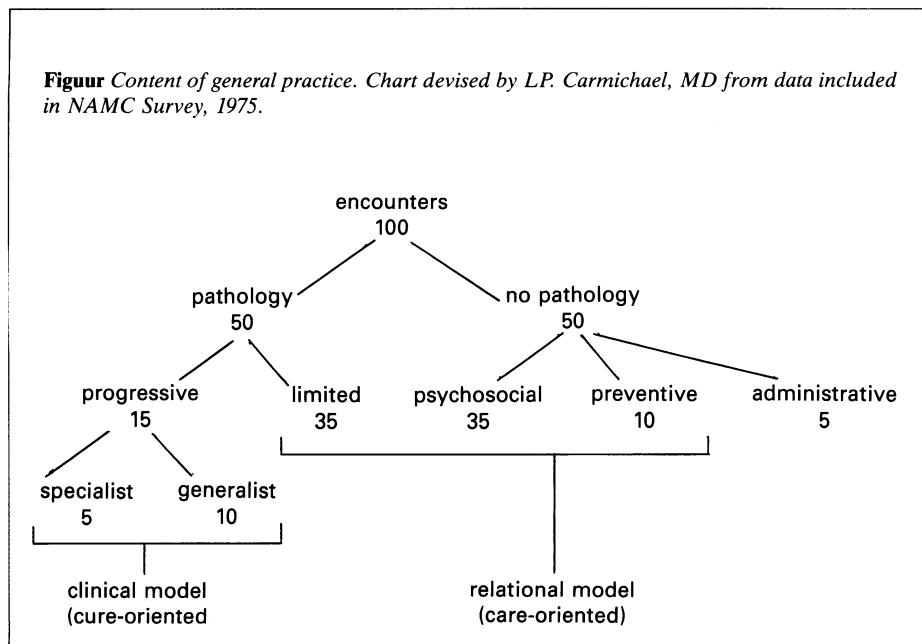
een belangrijke rol spelen, en wellicht ook in consulten die vooral tot doel hebben gedragsverandering bij de patiënt tot stand te brengen (zoals in veel preventieve consulten het geval is), maar zeker niet altijd en in dezelfde mate. Soms wil een patiënt alleen maar weten wat hij heeft, en hoe hij daar zo snel mogelijk weer vanaf kan komen. Soms is dus vooral instrumenteel gedrag geïndiceerd.

*Cure* en *care* zijn in de meeste consulten beide nodig, maar vaak in verschillende verhoudingen. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van de *figuur*.<sup>81</sup>

Van alle consulten in de huisartspraktijk wordt ongeveer de helft gekenmerkt door een of andere vorm van pathologie. De andere helft heeft vooral *care* nodig (of soms een administratieve afhandeling). Van de consulten met pathologie geneest 35 procent hoe dan ook, wat de arts ook doet of nalaat. De tevredenheid van de patiënt zal in deze consulten eerder afhangen van het affectieve dan van het instrumentele gedrag van de arts. Slechts 15 procent van de gepresenteerde problemen is progressief van aard en heeft in de eerste plaats een instrumentele aanpak nodig (inclusief een adequate verwijzing naar een medisch specialist). Maar zelfs in deze gevallen kan een arts niet volstaan met louter een instrumentele aanpak, omdat het hier vaak gaat om een ernstige aandoening waarvan de angst en onzekerheid bij de patiënt veroorzaakt.

De *figuur* geeft wellicht ook een extra verklaring voor de verschillen die in diverse onderzoeken worden gevonden voor het relatieve belang van affectief versus instrumenteel gedrag: Hall & Roter sluiten consulten met psychische problemen en preventieve consulten uit, of gebruiken simulatiepatiënten met typisch lichamelijke klachten die bovendien per definitie nooit zo’n behoefte aan angstreductie kunnen hebben als echte patiënten.<sup>42 46 61 66</sup> Wellicht vinden deze auteurs daarom wel dat instrumenteel gedrag het belangrijkste is in een consult. Ben Sira onderzocht daarentegen een representatieve steekproef patiënten met het hele scala aan problemen;<sup>17 31 32</sup> veel daarvan zullen vooral een affectieve aanpak nodig hebben gehad.

**Figuur** Content of general practice. Chart devised by LP. Carmichael, MD from data included in NAMC Survey, 1975.



## Beschouwing

Dit artikel maakt duidelijk dat de resultaten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie vaak beïnvloed worden door een gebrek aan systematische theorievorming. De keuze van een observatie-instrument, de keuze van het soort maten, de keuze van een analyseplan – het zijn in feite allemaal theoretische keuzen, al lijken de meeste onderzoekers zich daar nauwelijks van bewust te zijn.

Ik hoop met dit artikel te hebben aange-toond dat deze atheoretische werkwijze heeft geleid tot tegenstrijdige onderzoeksresultaten in de literatuur. Ik wil daarom dit artikel afsluiten met een pleidooi voor meer aandacht voor theorievorming, en dat betekent vooral een pleidooi voor meer wetenschappelijke nieuwsgierigheid: bij ieder onderzoeksproject moeten we ons – naar analogie van het ‘methodisch werken’ in de huisartsgeneeskunde – voortdurend af blijven vragen: ‘Waarom?’ Waarom zou dit type artsgedrag op dit moment belangrijk zijn in dit type consult met dit type patiënt? En dat heeft consequenties voor de wijze waarop gedrag moet worden vastgelegd in verschillende typen onderzoek naar arts-patiënt communicatie. Het betekent niet meer klakkeloos tellen of beoordelingsschaaltjes maken. Afhankelijk van het doel en de vraagstellingen van het onderzoek zullen er intelligente mengvormen van codeersystemen moeten worden ontwikkeld op basis van theoretische inzichten in de functie van arts-patiënt communicatie in een huisartsconsult. Deze systemen zullen rekening moeten houden met de behoefte aan c.q. het doel van zowel affectief als instrumenteel gedrag in verschillende soorten consulten met verschillende soorten patiënten. Alleen zo zal de gefragmenteerde kennis over arts-patiënt communicatie op den duur kunnen uitmonden in een helder beeld van wat werkelijk van belang is in de huisartspraktijk.

## Literatuur

<sup>1</sup> Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care* 1985; 23: 521-38.

- <sup>2</sup> Pendleton D, Hasler J. Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.
- <sup>3</sup> Roter, DL. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 1989; 10: 163-80.
- <sup>4</sup> Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 637-57.
- <sup>5</sup> Tuckett D, Williams A. Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies. *Soc Sci Med* 1984; 18: 571-80.
- <sup>6</sup> Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-based doctor-patient interaction analysis. I. Comparison of techniques. *Med Care* 1982; 20: 535-49.
- <sup>7</sup> Carter WB, Inui TS, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-based doctor-patient interaction analysis. II. Identifying effective provider and patient behavior. *Med Care* 1982; 20: 550-6.
- <sup>8</sup> Leventhal H. The role of theory in the study of adherence to treatment and doctor-patient interactions. *Med Care* 1985; 23: 556-62.
- <sup>9</sup> Putnam SM, Stiles WB, Casey Jacob M, James, SE. Patient exposition and physician explanation in initial medical interviews and outcomes of clinic visits. *Med Care* 1985; 23: 74-83.
- <sup>10</sup> DiMatteo MR. A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of medicine. *J Soc Issues* 1979; 35: 12-33.
- <sup>11</sup> Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman, 1957.
- <sup>12</sup> White K. The task of medicine. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- <sup>13</sup> Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. London: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- <sup>14</sup> Klein Buller M, Buller D. Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav* 1987; 28: 375-88.
- <sup>15</sup> Verhaak PFM. Detection of psychological complaints by general practitioners. *Med Care* 1988; 26: 1009-20.
- <sup>16</sup> Freidson E. Client control and medical practice. In: Stoeckle JD. Encounters between patients and doctors; an anthology. Cambridge, Mass: MIT Press, 1987.
- <sup>17</sup> Ben-Sira Z. Chronic illness, stress and coping. *Soc Sci Med* 1984; 18: 725-36.
- <sup>18</sup> Ben-Sira Z. Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physician's affective behavior. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1013-9.
- <sup>19</sup> Ben-Sira Z. The stress-resolving component in primary medical care. *Stress Medicine* 1986; 2: 339-48.
- <sup>20</sup> Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125-30.
- <sup>21</sup> Molleman E, Krabbendam PJ, Annys AA, Koops HS, Sleijfer DTh, Vermey A. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med* 1984; 18: 475-80.
- <sup>22</sup> Friedman HS. Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *J Soc Issues* 1979; 35: 82-99.
- <sup>23</sup> Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White K. The task of medicine. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- <sup>24</sup> Cartwright A, Anderson R. General practice revisited. London: Tavistock, 1981.
- <sup>25</sup> Waitzkin H. Doctor-patient communication; clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252: 2441-6.
- <sup>26</sup> Svarstad BL. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: Mechanic D. The growth of bureaucratic medicine. New York: John Wiley & Sons, 1976.
- <sup>27</sup> Ley P, et al. Improving doctor-patient communication in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1976; 26: 720-4.
- <sup>28</sup> Freidson E. Profession of medicine. New York: Dodd, Mead, 1970.
- <sup>29</sup> Falvo DR, Kay Smith J. Assessing residents' behavioral science skills: patients' view of physician-patient interaction. *J Fam Pract* 1983; 17: 479-83.
- <sup>30</sup> DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance; the psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press, 1982.
- <sup>31</sup> Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 170-80.
- <sup>32</sup> Ben-Sira Z. Stress potential and esotericity of health problems: the significance of the physician's affective behavior. *Med Care* 1982; 20: 414-24.
- <sup>33</sup> DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance; the psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press, 1982.
- <sup>34</sup> Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and satisfaction. *Pediatrics* 1968; 42: 855-70.
- <sup>35</sup> Buchsbaum DG. Reassurance reconsidered. *Soc Sci Med* 1986; 23: 423-7.
- <sup>36</sup> Matthews JJ. The communication process in



- the clinical setting. *Soc Sci Med* 1983; 17: 1371-8.
- <sup>37</sup> Waitzkin H, Stoeckle JD. Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. *Soc Sci Med* 1976; 10: 263-76.
- <sup>38</sup> Pendleton DA, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. *Soc Sci Med* 1980; 14a: 669-73.
- <sup>39</sup> Bain DJG. The content of physician/patient communication in family practice. *J Fam Pract* 1979; 8: 745-53.
- <sup>40</sup> Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health* 1968; 58: 274-88.
- <sup>41</sup> Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication – patients' response to medical advice. *N Engl J Med* 1969; 280: 535-40.
- <sup>42</sup> Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 1987; 25: 437-51.
- <sup>43</sup> Heszen-Klemens I, Lapinska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med* 1984; 19: 9-18.
- <sup>44</sup> Rost K, Carter W, Inui T. Introduction of information during the initial medical visit: consequences for patient follow-through with physician recommendations for medication. *Soc Sci Med* 1989; 28: 315-21.
- <sup>45</sup> Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1984; 19: 167-75.
- <sup>46</sup> Roter DL. Patient question asking in physician-patient interaction. *Health Psychol* 1984; 3: 395-409.
- <sup>47</sup> Bensing JM, Sluys EM. Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Soc Sci Med* 1985; 20: 737-44.
- <sup>48</sup> Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlates with patient satisfaction. *J Med Educ* 1982; 57: 105-12.
- <sup>49</sup> Feletti GI, Carney SL. Evaluating patients' satisfaction with medical students interviewing skills. *J Med Educ* 1984; 18: 15-20.
- <sup>50</sup> Fine VK, Therrien ME. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *J Med Educ* 1977; 52: 752-7.
- <sup>51</sup> Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *J Med Educ* 1988; 22: 132-8.
- <sup>52</sup> Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. *J Med Educ* 1989; 23: 168-73.
- <sup>53</sup> McKinney Adler L, Enelow AJ. An instrument to measure skill in diagnostic interviewing: a teaching and evaluation tool. *J Med Educ* 1966; 41: 281-8.
- <sup>54</sup> McKinney Adler L, Ware JE, Enelow AJ. Changes in medical interviewing style after instruction with two closed-circuit television techniques. *J Med Educ* 1970; 45: 21-8.
- <sup>55</sup> Whewell PJ, Gore VA, Leach C. Training general practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 259-62.
- <sup>56</sup> Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J* 1986; 292: 1573-8.
- <sup>57</sup> Bensing JM, Verhaak P. Ruimte voor de patiënt ('Room for the patient'). *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 19-33.
- <sup>58</sup> Hornsby JL, Payne FE. A model for communication skills development for family practice residents. *J Fam Pract* 1979; 8: 71-6.
- <sup>59</sup> Dimatteo MR, Prince LM, Taranta A. Patients' perceptions of physicians' behavior: determinants of patient commitment to the therapeutic relationship. *J Community Health* 1979; 4: 280-90.
- <sup>60</sup> Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
- <sup>61</sup> Hall JA, Roter DL, Katz NR. Task versus socio-emotional behaviors in physicians. *Med Care* 1987; 25: 399-412.
- <sup>62</sup> Dimatteo MR, DiNicola DD. Sources of assessment of physician performance: a study of comparative reliability and patterns of inter-correlation. *Med Care* 1981; 19: 829-39.
- <sup>63</sup> Willson P, McNamara JR. How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1699-704.
- <sup>64</sup> Rost K, Roter D. Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients. *Gerontologist* 1987; 27: 510-5.
- <sup>65</sup> Bales, RF. Interaction process analysis: a method for the study of small groups. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1950.
- <sup>66</sup> Freemon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction analysis. *Pediatr Res* 1971; 5: 298-311.
- <sup>67</sup> Smith CK, Polis E, Hadac RR. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J Fam Pract* 1981; 12: 283-8.
- <sup>68</sup> Wolraich ML, Albanese M, Stone G, Nesbitt D, Thomson E, Shymansky J, Bartley J, Hanson J. Medical communication behavior system – an interactional analysis system for medical interactions. *Med Care* 1986; 24: 891-903.
- <sup>69</sup> Rogers CR. Client-centered therapy. Boston: Houghton, Mifflin, 1951.
- <sup>70</sup> Hess JW. A comparison of methods for evaluating medical student skill in relating to patients. *J Med Educ* 1969; 44: 934-8.
- <sup>71</sup> Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. Patient characteristics that influence physician behavior. *Med Care* 1982; 20: 630-8.
- <sup>72</sup> Lambert MJ, DeJulio SS, Stein DM. Therapist interpersonal skills: process, outcome methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychol Bull* 1978; 85: 467-89.
- <sup>73</sup> Linn LS, DiMatteo MR, Cope DW, Robbins A. Measuring physicians' humanistic attitudes, values, and behaviors. *Med Care* 1987; 25: 504-13.
- <sup>74</sup> Van Dorp C. Luisteren naar patiënten. Loochem: De Tijdstroom, 1977.
- <sup>75</sup> Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: Nivel, 1986.
- <sup>76</sup> Strechner VJ. Improving physician-patient interactions: a review. *Patient Counselling and Health Education* 1983; 4: 129-36.
- <sup>77</sup> Dimatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care* 1980; 18: 376-87.
- <sup>78</sup> Scott NC, Donnelly MB, Gallagher R, Hess J. Interaction analysis as a method for assessing skill in relating to patients: studies on validity. *Br J Educ* 1973; 7: 174-8.
- <sup>79</sup> Barsky AJ, Kazis LE, Freiden RB. Evaluating the interview in primary care medicine. *Soc Sci Med* 1980; 14a: 653-8.
- <sup>80</sup> Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 1983; 5: 297-311.
- <sup>81</sup> Kushner T. Doctor-patient relationships in general practice – a different model. *J Med Ethics* 1981; 7: 128-31. ■