

Beoordeling en analyse van huisarts-patiënt gesprekken

JAN BERENST
HANS ETTEMA

In veel onderzoeken naar arts-patiënt gesprekken blijft onduidelijk op grond van welke criteria en door wie – betrokkenen of onderzoeker – de kwaliteit van de gesprekken wordt beoordeeld. In dit onderzoek worden 46 arts-patiënt gesprekken langs vier wegen benaderd: tweemaal beoordeledend – in globale zin – door zowel leken als artsen, en tweemaal nader analyserend, via systematische observatie van ‘micro-skills’ en via taalgebruiksanalyse. Op grond van de globale beoordeling door leken valt (gedeeltelijk) een goed onderscheid te maken tussen ‘goede’ en ‘slechte’ gesprekken, terwijl de opvattingen van de beoordelende artsen in belangrijke mate parallel lopen met dit oordeel. Het verschil tussen de als ‘goed’ en als ‘slecht’ aangemerkte gesprekken blijkt niet waarneembaar via de analyse van veel gebruikte ‘micro-skills’. De taalgebruiksanalyse brengt aan het licht dat positief beoordeelde gesprekken worden gekenmerkt door een bepaald soort autoriteit van de arts, die gepaard gaat met een zekere jovialiteit. In dergelijke gesprekken blijken patiënten tevens meer ruimte te nemen. Ook andere observaties blijken af te wijken van een aantal courante opvattingen over adequate gespreksvoering.

Berenst J, Ettema H. Beoordeling en analyse van huisarts-patiënt gesprekken. *Huisarts Wet* 1991; 34(7): 325-9.

Drs. J. Berenst, neerlandicus, Nederlands Instituut, Rijksuniversiteit Groningen; Drs. H. Ettema, psycholoog, Psychologisch Instituut Heymans, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: Drs. J. Berenst, Nederlands Instituut, Postbus 716, 9700 AS Groningen.

Inleiding

Ons uitgangspunt is duidelijk en eenvoudig: alleen de direct betrokkenen hebben te oordelen over de kwaliteit van een gesprek. Slechts op basis van dit principe wordt voorkomen dat bestudering van bijvoorbeeld professionele gesprekken tussen patiënten en huisartsen ontaardt in aanbevelingen die berusten op de vooronderstelling dat er een ‘vanzelfsprekend criterium’ zou zijn voor een goed gesprek. In veel op zichzelf belangwekkende analytische literatuur ten aanzien van arts-patiënt gesprekken treffen we echter (vaak onuitgesproken) normatieve opvattingen aan.¹⁻³ Het belangrijkste aspect in dit verband is de verhouding tussen arts en patiënt, die in de ogen van veel onderzoekers *gelijkwaardig* zou moeten zijn. De arts moet daarbij vooral veel ruimte voor de patiënt creëren en veel aandacht schenken aan psychosociale componenten. Over verschijnselen in het gesprek die daarmee niet in overeenstemming zijn, wordt dan de staf gebroken.

Nu ontkennen wij niet dat er ethische principes zijn met betrekking tot de gelijkwaardigheid van mensen, maar dat principe is niet aan de orde in de relatie tussen een professional en een leek. Interacties van dat type worden immers vooral bepaald door het doel van de interactie en veel minder door interpersoonlijke aspecten. Dat doel impliceert een complementaire rolverdeling tussen de participanten. In hoeverre dat gepaard moet (en kan) gaan met conversationele gelijkwaardigheid, lijkt ons een empirische kwestie, waarbij de ervaringen en oordelen van artsen en patiënten normgevend zouden moeten zijn. Mutatis mutandis geldt dat ook voor andere criteria die worden aangelegd.

In dit artikel stellen we de kwestie centraal welke gespreksverschijnselen de grondslag vormen voor een positieve of negatieve beoordeling door patiënten en artsen. Daarbij doet zich natuurlijk de vraag voor wat de beoordelingscategorieën zijn, en in hoeverre de beoordeling van dergelijke gesprekken door patiënten en artsen verschilt. Opmerkelijk is dat deze twee vragen in de literatuur zelden onderscheiden worden behandeld. We vinden óf beschrijvingen van gespreksverschijnselen

waaraan impliciet beoordelingen worden gekoppeld (bijvoorbeeld *Davis*³), óf we vinden satisfactie-onderzoek, waarbij de beoordelingscategorieën en aanzetten tot een beschrijving van gespreksverschijnselen door elkaar lopen (bijvoorbeeld *Byrne & Long*, *Buijs et al.* en *Roter et al.*^{1,4,5}). Zoals echter beschrijvingen geen evaluaties impliceren, zijn beoordelingen niet identiek aan beschrijvingen. Als beoordelaars een gesprek onder meer evalueren als ‘De arts nam de patiënt serieus’ en ‘De arts nam niet te weinig tijd voor de patiënt’, weten we immers nog niet wat er nu precies in het gesprek gebeurde. Reageerde de arts voortdurend met aanmoedigende responsen, of juist niet? Was de spreektijd van de patiënt relatief lang, of gelijk aan die van de arts? Was er sprake van afstandelijk of juist van solidariserend taalgebruik bij de arts? Stelde de arts (of de patiënt) veel vragen of juist niet? Dergelijke vragen laten zich alleen beantwoorden bij een zorgvuldige analyse van de gesprekken. In dit artikel zullen we dan ook zowel aan de *beoordeling* als aan de *analyse* van de gesprekken aandacht schenken.

Methode

Voor ons onderzoek naar de kenmerken van positief en negatief beoordeelde huisarts-patiënt gesprekken is gebruik gemaakt van 46 gesprekken, waarin mannelijke en vrouwelijke patiënten somatische klachten aan de orde stelden tegenover 23 verschillende mannelijke huisartsen. Deze gesprekken waren op geluidsbanden vastgelegd.

1 Voor het maken van een selectie van gesprekken die in het *lekenoordeel* globaal als ‘goed’ of als ‘slecht’ kunnen worden aangemerkt, is gebruik gemaakt van een eerder ontwikkeld meetinstrument om de satisfactie in een hulpverlenersgesprek te meten. Eerdere factoranalyse op dit instrument laat toe om in de hoofddimensie satisfactie drie factoren te onderscheiden:

- begrip en empathie ($\alpha = .92$);
- duidelijkheid ($\alpha = .81$);
- ruimte en rust ($\alpha = .83$).

Met behulp van dit instrument werden de 46 gesprekken beoordeeld door een panel ($n=10$), dat qua sociale samenstelling, leef-

tijdpbouw en geslachtsverdeling kan worden opgevat als een vertegenwoordiging van de doorsnee-patiënt. De beoordelaars werden aangesproken in hun rol van potentiële patiënt. De best beoordeelde en de slechtst beoordeelde gesprekken werden hieruit geselecteerd.

2 De *beoordeling* van de geselecteerde gesprekken vanuit een medische optiek heeft plaatsgevonden op basis van een 'universeel protocol', bestaande uit 37 items, waarin, behalve medisch-technische aspecten, ook componenten zijn opgenomen die betrekking hebben op de wijze van omgang met de patiënt. Tot de eerste behoorden onder meer aspecten van probleemverheldering (duur, verloop, intensiteit, lokalisatie, omstandigheden, etc.) en behandelingsplan; tot de laatste wensen en verwachtingen van de patiënt.

Het medisch panel bestond uit een ervaren huisarts en twee gevorderde studenten medicijnen die een eerste cursus Huisartsgeneeskunde achter de rug hadden. Aan elke variabele konden de waarden 'niet van toepassing', 'voldoende' of 'onvoldoende' worden toegekend. Bovendien werden de gesprekken, onafhankelijk van deze variabelen, ook nog in globale zin beoordeeld. De correlatie tussen de langs deze twee wegen verkregen oordelen was hoog ($r = .86$), wat wijst op een sterke concurrente validiteit.

3 De op grond van 1 geselecteerde gesprekken werden met het oog op de analyse onderworpen aan een systematische observatie van afzonderlijk te benoemen gesprekstechnische vaardigheden (de 'micro-skills'), die in de psychologie veelal als algemene kenmerken van goede gesprekken worden aangemerkt. Tot dergelijke 'micro-skills' behoren onder meer 'gesloten' versus 'open' vragen stellen, minimale aanmoediging geven, parafaseren, reflecteren van gevoelens, samenvatten, en interpreteren van gevoelens. Deze categorieën zijn alle ontleend aan de counsellings- en psychotherapeutische literatuur, en genieten een grote populariteit in de gedragswetenschappelijke benadering van gesprekken. Veel van deze begrippen zijn dan ook als gedrags en observatiecategorieën terechtgekomen in onderzoekingen op het gebied van arts-patiënt gesprekken. In ons

onderzoek is gebruik gemaakt van een gedragsobservatieschema, dat bestaat uit veertien categorieën, gebaseerd op eerder onderzoek van Van Dorp en Fluitman & Ettema.^{7 8}

Alle gesprekken werden met behulp van dit schema gescoord door twee observatoren die niet op de hoogte waren van de karakterisering 'positief' of 'negatief'. De observatie-eenheid bestond uit iedere uiting die zinvol in de categorieën paste en van de nevenstaande was te onderscheiden. Om een zekere synchroniciteit in de geobserveerde gespreksgedeelten te verkrijgen, werden de gesprekken in gedeelten van 20 seconden ten gehore gebracht. In de daaropvolgende rust van 30 seconden hadden de observatoren de gelegenheid om de observaties in het voor de betreffende periode bestemde gedeelte van het scoringsformulier te noteren. Daarbij hadden ze ook de beschikking over het protocol van het betreffende gesprek. Een en ander werd geregeld met een elektronische klok die de bandrecorder afwisselend aan- en uitschakelde.

4 Voor de *taalgebruiksanalyse* werden de gesprekken tenslotte uiterst zorgvuldig getranscribeerd, waarbij beurten en uitingen (zelfstandige zinnen, al dan niet elliptisch van aard) als eenheden herkenbaar werden gemaakt. Vervolgens werden deze transcripten geanalyseerd op een aantal niveaus van ordening.⁹ Zowel de transcriptie als de analyse werd gecontroleerd door een tweede analysator.

In de eerste plaats werden de *beurtwisselingen* gekarakteriseerd waarmee het gesprek op een materieel niveau tot een eenheid wordt.

In de tweede plaats werden de *interactieve zinnen* van de gespreksdeelnemers zoals die in de beurten worden gerealiseerd, gekarakteriseerd als initiërend, responderend (accepterend of afwijzend) of commentariërend. Daarbij wordt dus uitgegaan van de interactieve basisstructuur 'Initiatief - Respons - (Commentaar)', die een recursief karakter heeft, zodat er ook ingebedde sequenties van dezelfde structuur kunnen voorkomen. Binnen een beurt kunnen verscheidene zinnen worden gerealiseerd, en een zet kan uit een of meer uitingen bestaan.

In de derde plaats werden de uitingen gekarakteriseerd als *spreekhandelingen*, waarmee aangeduid wordt wat de strekking is van de activiteit die de spreker intendeert, (bijvoorbeeld verzoeken, verwijten, vragen, meedelen) en op basis van sociale conventies ook als zodanig herkenbaar is.

In de vierde plaats zijn de uitingen die een *propositionele inhoud* bezitten waarin een verwijzing plaatsvindt naar de psychosociale omstandigheden van de patiënt, afzonderlijk geteld. In principe hadden alle propositionele inhouds kunnen worden getypeerd, maar het lag in het kader van het ons onderzoek in de rede om het accent te leggen op die thematische inhouds waarvan in de literatuur vaak wordt gesteld dat ze differentiërend zouden werken voor de kwaliteit van arts-patiënt gesprekken.

Tenslotte is per uiting nagegaan welk gebruik door de gespreksdeelnemers is gemaakt van *beleefdheidsstrategieën*. Bij dergelijke beleefdheidsstrategieën gaat het om de manipulatie van de relatie tot de hoorder op het niveau van de formulering, waarbij overwegingen van 'gezichtsbescherming' van de ander een motiverende rol vervullen.¹⁰ We onderscheiden in dit verband 'respect-beleefdheid' en 'jovialiteits-beleefdheid'.

Resultaten

Lekenbeoordeling

Lang niet alle 46 gesprekken konden on-dubbelzinnig tot de 'goede' of 'slechte' gesprekken worden gerekend. Dat had niet zozeer - of althans niet alleen - te maken met het feit dat er nu eenmaal een gradatie in de tevredenheid over gesprekken bestaat, maar ook met het opmerkelijke feit dat de beoordelaars op vooral de middenwaarden van de gebruikte Likertschaal oordelen gaven die meer persoons- dan schaalgebonden waren. Dit kwam aan het licht toen, bij onvoldoende (<.60) interbeoordelaars-overeenstemming bij lineaire (Guttman-split-half) analyse, werd overgegaan op een analyse met het HOMALS-programma.¹¹ Dit stelde ons in staat om zowel de schaalwaarden van de beoordelingen als de overige variabelen (artsen, geslacht, leeftijd, beoordelaars) op nominaal niveau genomen, in een vereenvoudigde

tweedimensionale ruimte op basis van nabijheid in de waarnemingen (objectscores) met elkaar in relatie te brengen. Het was met name de antwoordmogelijkheid 'ja, enigszins', die het meest in een op grond van de HOMALS-analyse onderscheiden 'subjectiviteits-dimensie' in de beoordeling terecht kwam. Uit de analyse kon echter niet alleen worden geconcludeerd dat de beoordeling van arts-patiënt gesprekken een duidelijke subjectieve (in de zin van aan de beoordelende persoon gebonden) dimensie kent, maar dat die subjectiviteit vooral te vinden is op momenten van genuanceerdheid in het oordeel. Op momenten dat er extreem gescoord wordt, dus wanneer de beoordelaar zijn volledige instemming of afwijzing van het betreffende gesprekskenmerk (item) duidelijk maakt, is die subjectiviteit aanzienlijk geringer en is de overeenstemming tussen beoordelaars aanmerkelijk groter.

Deze uitkomst maakte het dus mogelijk om de gesprekken met extreme beoordelingsscores nader te analyseren met betrekking tot de aard van het gespreksgedrag. In totaal zijn 10 uitgesproken positief en 8 uitgesproken negatief gescoorde gesprekken geselecteerd voor nader onderzoek.

Medische beoordeling

Een HOMALS-analyse met betrekking tot de scores op de variabelen in relatie tot de categorieën 'positief beoordeelde gesprekken' en 'negatief beoordeelde gesprekken' maakte duidelijk dat er drie dimensies konden worden onderscheiden in het medische oordeel, die we konden karakteriseren als 'eerlijk en informatief juist omgaan met de patiënt', 'medisch noodzakelijk optreden van de arts' en 'grondigheid van werken'. In het bestek van dit artikel ontbreekt de ruimte om de basis voor deze oordeelsstructuur nader toe te lichten. Van belang is echter vooral dat het evaluatieve eindoordeel van de medici met name bleek te berusten op de eerste twee dimensies, waarbij de eerste het meest verklarend was. Er kon dan ook een redelijk hoge correlatie tussen de gemiddelde lekenoordelen en de medische oordelen worden vastgesteld ($r=.69$). Waar er duidelijke afwijkingen waren in de gemiddelde oordelen, bleken de betreffende gesprekken bij de beoorde-

ling door de medici vooral sterk te scoren op de tweede (medisch-technische) dimensie.

Leken en professionals beoordelen arts-patiënt gesprekken dus tot op zekere hoogte op vergelijkbare wijze, ook al doen ze dat vanuit verschillende perspectieven. De eigenlijke verschillen in beoordeling worden voor een belangrijk deel verklaard door het feit dat medici niet alleen een oordeel geven over de sociale interactie als meer of minder adequaat vanuit een professioneel gezichtspunt, maar ook het technisch handelen van de arts beoordelen: als het 'eerlijk en informatief omgaan met de patiënt' als onvoldoende wordt beoordeeld, hebben de medici de neiging het totaaloordeel over het gesprek te baseren op het medisch-technische aspect, indien dat wel hoog wordt beoordeeld.

Micro-skillanalyse

De interbeoordelaars-betrouwbaarheid per eenheid van waarneming bleek redelijk te zijn (Cohen's $\kappa = .64$), zeker als we rekening houden met het feit dat niet minder dan twaalf categorieën in de berekening betrokken moesten worden. Als we de frequenties in het gebruik van bepaalde categorieën als typerend opvatten voor de kwaliteit van de gesprekken, zouden we dus mogen verwachten dat er in dat opzicht verschillen bestaan tussen de positief en de negatief beoordeelde gesprekken. Verrassend genoeg bleken dergelijke verschillen echter niet zichtbaar gemaakt te kunnen worden op basis van de scores, noch door middel van univariate toetsing over het voorkomen van de frequenties van de categorieën in de onderscheiden condities, noch met behulp van een multivariate methode.

Betekent dit dat er geen observationele basis is voor de oordeelsverschillen die het lekenpanel in de serie gesprekken aanbracht? Die conclusie zou niet alleen opmerkelijk, maar ook voorbarig zijn. Het zou bijvoorbeeld denkbaar zijn dat de oordelen herleidbaar zijn tot andere gespreksverschijnselen, die niet als micro-skill zijn geoperationaliseerd. Eén van die verschijnselen waarvan bekend is dat die het oordeel over het optreden van een arts mede bepalen, betreft de taalvariëteit (het accent)

waarvan de arts gebruik maakt. In het onderhavige onderzoek is de variatie in accent echter minimaal. Andere verschijnselen die niet geoperationaliseerd zijn als micro-skills, maar toch aan de oordelen ten grondslag zouden kunnen liggen, hebben betrekking op de wijze waarop de arts de organisatie van het gesprek beïnvloedt, en op de wijze waarop de arts de verhouding tot de patiënt in zijn taalgebruik vorm geeft (solidariserend of respectvol). Het is dus van belang ook dergelijke verschijnselen te analyseren, alvorens te beweren dat de oordelen met betrekking tot arts-patiënt gesprekken geen empirische grondslag hebben.

Er zijn echter tevens redenen om de methodologie met betrekking tot het onderzoek naar micro-skills met enige scepsis te bezien en te veronderstellen dat een andersoortige benaderingswijze wel verschillen te zien zal geven ten aanzien van gespreksgedragingen. Die scepsis vindt zijn grondslag vooral in het besef dat taalgebruik vanuit een eigen systematiek dient te worden geanalyseerd, en niet op basis van een systematiek die er wezensvreemd aan is.

Het belangrijkste probleem van de gedragswetenschappelijke observatietechniek is dat de analysecategorieën te weinig sophisticated zijn voor een adequate beschrijving van taalgebruik in een gesprek. Ze zijn oppervlakkig, onderling sterk ongelijksoortig en niet georiënteerd op de ordeningsprincipes die een gesprek beheersen en tot een geheel maken. De basis van waarneming is wat de observatoren zien als op zichzelf staande inhoud, overeenkomstig de a priori categorisering. Daarbij speelt de ordening die elementair is voor een gesprek – beurten en interactieve handelingen – niet systematisch een rol. Dit wordt nog versterkt door de scoring per tijdseenheid te verrichten; tijdseenheden corresponderen immers niet met de natuurlijke grenzen in het gesprek, maar brengen er een wezensvreemde structuur in aan.

Het zal duidelijk zijn dat deze en andere kritische overwegingen vooral hun achtergrond hebben in de linguïstiek, met name waar men zich op de bestudering van teksten en gespreksstructuren richt (de pragmalinguïstiek of tekstwetenschap). Maar ook de

etnomethodologen binnen de sociologie, die pogen theorieeloos tot een begrip van de normaliteit van het gesprek te komen (de richting van de conversatie-analyse) hebben in hun nauwgezette detailstudies van conversaties laten zien dat men met de micro-skill-benadering voorbijgaat aan de essentialia van het gesprek en het taalgebruik daarin.

Taalgebruiksanalyse

In deze paragraaf zullen we een schets geven van de verschillen in taalgebruik waarmee we op basis van een pragmatistisch onderzoek de twee series gesprekken wel kunnen kenschetsen.

Die verschillen blijken in termen van de eerder (zie Methode) beschreven ordeningssystemen te kunnen worden gekarakteriseerd. Daarbij deden we enkele opmerkelijke bevindingen. Het opmerkelijke houdt verband met de verwachtingen die we, vooral op grond van de trainingsliteratuur en de (vanzelfsprekende) uitgangspunten van nogal wat beschrijvende literatuur, hadden van de kwaliteitskenmerken van 'goede' arts-patiënt gesprekken.¹² Zo veronderstelden we onder meer dat de mate van dominantie van de dokter, zoals die in het gespreksgedrag tot uitdrukking komt, in negatieve zin zou samenhangen met de beoordeling van de gesprekken, terwijl de mate van aandacht die de dokter voor de patiënt lijkt te hebben, er in positieve zin mee zou samenhangen. Ten aanzien van beide verwachtingen moesten we (op basis van Mann-Whitney's U-test) echter vaststellen dat die niet zonder meer werden bevestigd door het taalgedrag dat we in de gesprekken aantreffen.

Dominant taalgedrag kunnen we bijvoorbeeld karakteriseren in termen van het aantal interrupties, het aantal initiatieven, het aantal afsluitende en evaluerende commentaar-zetten, het aantal directieven en vragen, en de afwezigheid van vormen van respect-beleefdheid. In de positief beoordeelde gesprekken blijken nu de aantallen interrupties van de arts even groot te zijn als in de negatief beoordeelde gesprekken, en de aantallen initiatieve zinnen van de arts significant groter dan in de negatief beoordeelde gesprekken. Het aantal commentaar-zetten van de arts blijkt tendentueel

ook groter te zijn in de serie positief beoordeelde gesprekken, en er komen minder vormen van respect-beleefdheid, en meer vormen van jovialiteits-beleefdheid in voor, terwijl noch het aantal directieven noch het aantal vragen van de arts tussen beide groepen gesprekken discrimineert. Alleen de niet-accepterende responsen van de arts, die aansluiten op de spreekhandeling van de patiënt waarin deze suggesties doet ten aanzien van de diagnose, zijn meer in de negatief beoordeelde gesprekken aan te treffen.

Wat de aandacht-aspecten in het taalgebruik betreft, is het beeld vergelijkbaar: positief beoordeelde gesprekken kennen de minste uitingen van patiënten met een propositionele inhoud die op de psychosociale omstandigheden betrekking hebben, maar bezitten wel de meeste niet-accepterende responsen van artsen op dergelijke uitingsinhouden. Het opmerkelijkst is echter wel dat het aantal luisterresponsen van de arts tijdens het spreken van de patiënt (waarmee geen beurt wordt overgenomen, maar waarmee de patiënt vooral wordt aangemoedigd om verder te spreken) in de positief beoordeelde gesprekken aanmerkelijk kleiner is dan in de negatief beoordeelde gesprekken. Dergelijke vormen van luistergedrag worden in gesprekstrainingen vaak geoefend, maar blijken dus weinig indruk te maken op beoordelende patiënten. *Bensing & Sluijs* hebben al eens vastgesteld dat een toename van dergelijke luisterresponsen (na een training) niet gepaard ging met een verandering in prescriptiegedrag van de artsen, maar dat de gesprekken alleen langer duurden.¹³ Als een patiëntenpanel dit luistergedrag nu ook nog negatief blijkt te waarderen, is het helemaal zaak de trainingsprogramma's nog eens kritisch te evalueren.

Het totaalbeeld dat uit deze taalgebruiksanalyse naar voren komt, is dat positief beoordeelde gesprekken zich kenmerken door een zekere autoriteit in het taalgedrag van de arts, gepaard gaande aan jovialiteit, met afwezigheid van taalgebruik dat als typisch 'patiënt-centered' kan worden aangemerkt. Voor de volledigheid moet erbij worden gezegd dat de arts in de positief beoordeelde gesprekken meer suggesties

van patiënten omtrent de diagnose accepteerde, en tevens uitgebreider inging op vragen van de patiënt. Kortom, de patiënt wordt in deze gesprekken weliswaar met een zekere autoriteit benaderd, maar wordt wel serieus genomen als hij iets te berde brengt – behalve als het om psychosociale aspecten gaat.

De artsen in de positief beoordeelde gesprekken zou men als de 'no nonsense'-dokters kunnen karakteriseren. Patiënten krijgen bij dergelijke dokters niet zozeer de ruimte, maar nemen die. Dat blijkt met name uit hun interruptiegedrag: in de positief beoordeelde gesprekken interrompen zij de arts vaker dan in de negatief beoordeelde gesprekken. Bovendien realiseren ze veel minder vormen van respect-beleefdheid. In dat opzicht is er in deze gesprekken dan ook een zekere symmetrie tussen arts en patiënt.

Deze uitkomsten maken duidelijk dat de criteria voor een adequate gespreksvoering door een huisarts nog eens uitermate kritisch zouden moeten worden doorgenomen. Veel van wat gesprekstrainers en analysatoren van goede gesprekken tussen artsen en patiënten verwachten, blijkt door patiënten immers – in ons onderzoek – niet als zodanig te worden gewaardeerd.

Beschouwing

Het hier besproken onderzoek was beperkt tot gesprekken waarin somatische klachten aan de orde werden gesteld. De uitkomsten met betrekking tot de taalgebruikskennmerken van positief beoordeelde gesprekken kunnen dan ook niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar gesprekken met een andere inhoud. Uit analyses van conversaties in een gedragstherapeutische setting door *Van der Geest & Fehlenberg* blijkt echter, dat succesvolle en positief beoordeelde therapiegesprekken vergelijkbare taalgebruikskennmerken vertoonden als de elementen die we aantreffen in positief beoordeelde huisarts-patiënt gesprekken.¹⁴ Het is dus niet ondenkbaar dat ook bij de bespreking van andere dan somatische klachten een 'no nonsense'-benadering van de huisarts door de patiënt op prijs zal worden gesteld. Nader onderzoek, dat inmiddels is opgestart, en waarbij ook het

oordeel van de deelnemende patiënt wordt betrokken, zal dit duidelijk kunnen maken.

Literatuur

- ¹ Byrne PI, Long BEL. Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: HMSO, 1976.
- ² Fisher S, Todd AD, eds. The social organization of doctor-patient communication. Washington DC: CALP, 1983.
- ³ Davis K. Power under the microscope. Dordrecht: Foris, 1988.
- ⁴ Buijs R, Sluijs EM, Verhaak PFM. Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. Soc Sci Med 1984; 19: 683-90.
- ⁵ Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. Med Care 1987; 25: 437-51.
- ⁶ Ettema JHM, Berenst J, Bremer GJ. Houvast aan de dokter. Beoordeling en analyse van huisarts-patiënt gesprekken vanuit psychologisch, pragmatolinguïstisch en medisch gezichtspunt. Groningen: Publicaties van de Vakgroep Taalbeheersing RUG, nr. 23, 1987.
- ⁷ Van Dorp C. Luisteren naar patiënten. Een analyse van het medisch interview. Lochem: De Tijdstroom, 1977.
- ⁸ Fluitman A, Ettema JHM. 4 Huisartsen, 49 gesprekken. Groningen: Vakgroep Klinische Psychologie, 1983.
- ⁹ Mc Laughlin ML. Conversation. How talk is organized. Beverly Hills: Sage, 1984.
- ¹⁰ Brown P, Levinson S. Universals in language usage: politeness phenomena. In: Goody EN, ed. Questions and politeness. Strategies in social interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.
- ¹¹ Gifi A. Non-linear multivariate analysis. Leiden: RUL, Department of Data theory, 1981.
- ¹² Schouten JAM. Anamnese en advies: nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. Alphen a/d Rijn: Samson, 1984.
- ¹³ Bensing J, Sluijs E. Leren luisteren, maar wat dan? Evaluatie van een gesprekstraining voor huisartsen. Ned Tijdschr Psychol 1984; 39: 265-80.
- ¹⁴ Van der Geest T, Fehlenberg D. Kommunikationsanalysen in der Verhaltenstherapie. Bochum: Studienverlag Brockmeyer, 1982. ■