

Het spreekuur onder de loep

L. MEEUWESEN
P.C.D.R. SCHAAP
C.P.F. VAN DER STAAK

In dit artikel wordt een microscopische analyse van de verbale communicatie tussen arts en patiënt gepresenteerd. Woordelijke transcripten van 85 medische interviews, opgenomen in de natuurlijke situatie, werden geanalyseerd. Op basis van verschillende theorieën over de arts-patiënt relatie in termen van harmonie en discrepantie, en van ziekte- en patiëntgerichtheid, werden vier gesprekstypen onderscheiden: het traditionele patroon, het conflictueuze patroon, het klaagpatroon en het samenwerkingspatroon. Onderzocht werden de effecten van het type klacht (in termen van wel of niet somatiseren), het geslacht van de patiënt en het geslacht van de arts op duur van het gesprek, de mate van directiviteit of sturing en het gesprekstype. Somatiserende patiënten praatten meer en probeerden meer het gesprek in de door hen gewenste richting te sturen. Ook de gesprekken van vrouwelijke patiënten duurden langer; zij presenteerden meer klachten en refereerden vaker aan verhalen uit hun dagelijkse leefwereld. Tenslotte werden verschillen in gedrag van mannelijke en vrouwelijke artsen gesignaleerd. De laatsten zijn minder directief, meer patiëntgericht en hebben meer oog voor psychosociale problematiek.

Meeuwesen L, Schaap PCDR, Van der Staak CPE. Het spreekuur onder de loep. *Huisarts Wet* 1991; 34(7): 334-9.

Dr. L. Meeuwesen, Academisch Ziekenhuis VU, Amsterdam, Project Samenwerking 1e-2e lijn; Dr. P.C.D.R. Schaap en Prof. dr. C.P.F. van der Staak, Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentie: Dr. L. Meeuwesen, Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen.

Inleiding

Over de arts-patiënt relatie zijn tal van opvattingen, zoals de harmonie- versus de discrepantiebenadering of de ziektegerichte versus de patiëntgerichte benadering.¹⁻³ Dat huisarts en patiënt op tal van manieren een gesprek met elkaar kunnen voeren, is niets nieuws. Over het feitelijke verloop van het gesprek is echter veel minder bekend.⁴⁻⁵ Omdat de kwaliteit van de arts-patiënt relatie relevant is voor de uitkomst van het hulpverleningsproces, is het van belang hier meer over te weten te komen.³ Dit geldt nog sterker wanneer er sprake is van psychosociale klachten, doorgaans zo'n 15 à 20 procent van de bij de huisarts gepresenteerde klachten.⁶ De klachten van vrouwen blijken eerder als psychosociaal te worden gediagnostiseerd dan die van mannen.⁷

Als gesprek wordt het medisch consult gekenmerkt door een sterke gestructureerdheid en een advieskarakter. Het vindt veelal onder tijdsdruk plaats en de interviewstijl laat weinig ruimte voor een verhalende of persoonlijke manier van praten. Doorgaans verloopt het gesprek asymmetrisch: de arts stelt vragen, onderzoekt, geeft adviezen, en de patiënt geeft biografische informatie. Daarbij zijn globaal drie fasen te onderscheiden: de medische geschiedenis, lichamelijk onderzoek en de conclusie (diagnose en advies).

Op het feitelijke verloop zijn tal van arts-, patiënt- en structurele factoren van invloed. Relationeel gezien kan sprake zijn van gelijkwaardigheid of ongelijkwaardigheid. De mate van directiviteit of sturing van de arts kan verschillen. Men kan het met elkaar eens of oneens zijn over op welke manier er waarover wordt gepraat. In het gesprek kan het accent liggen op de ziekte of meer op de patiënt.

Er zijn aanwijzingen dat patiënten met psychosociale klachten een grotere invloed uitoefenen op het verloop van het gesprek, en zo'n gesprek zou ook langer duren;⁸ de fasering van het gesprek zou sterk afwijken van het gangbare patroon.⁹ Ook het geslacht van de patiënt c.q. arts kan het gesprek anders doen verlopen. Zo zouden vrouwelijke patiënten relatief meer open en persoonlijk over hun klachten praten, in

tegenstelling tot de meer gesloten en terughoudende klacht- en symptoombeschrijvingen van mannen.¹⁰⁻¹² Vrouwelijke artsen zouden meer ondersteunend zijn, meer aandacht hebben voor relationele aspecten in de conversatie en meer gespist zijn op psychosociale problematiek.¹³⁻¹⁴

De volgende vraagstellingen zullen hier worden uitgewerkt:

- Welke gesprekstypen zijn te onderscheiden in medische conversatie?
- Wat is de invloed van het type klacht, het geslacht van de patiënt, en het geslacht van de arts op de gespreksvoering?

Methode

Onderzoeksgroep en data

Het onderzoek is gebaseerd op 85 aselect gekozen op audioband opgenomen medische interviews, afkomstig uit groeps- of duopraktijken van tien huisartsen. Het gaat om spreekuurgesprekken van circa 10 minuten van 31 mannelijke en 54 vrouwelijke patiënten bij zes mannelijke en vier vrouwelijke huisartsen uit twee middelgrote steden in Gelderland en Limburg. Alle gesprekken werden letterlijk uitgeschreven; deze teksten vormden het basismateriaal van de analyse.

De mannelijke huisartsen waren gemiddeld 42 jaar, de vrouwelijke huisartsen 33 jaar. Gedurende de periode van de dataverzameling consulteerden bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen de huisarts (63,5 procent versus 36,5 procent).

De patiënten waren gemiddeld 39 jaar oud (de jongste was 15, de oudste 75). Van hen was 27 procent ongehuwd, 57 procent gehuwd, 8 procent gescheiden en 7 procent verweduwd. Bijna de helft van de patiënten was laag opgeleid (45 procent); degenen met een middelbaar of hoger opleidingsniveau waren gelijkmatig vertegenwoordigd (27,5 procent).

Vrouwelijke patiënten presenteerden gemiddeld meer klachten dan mannelijke patiënten (2,0 versus 1,5). De zeven meest gepresenteerde klachten betroffen het bewegingsapparaat (rugpijn, spierpijn, schouderpijn), de bloedsomloop (hoge bloeddruk), het ademhalingsstelsel (verhoudheid), psychosociale klachten (problemen, angsten, depressie, rouwverwer-

king), de maag (buikpijn), de huid (eczeem) en de anticonceptie.

De neiging om psychosociale stress te somatiseren werd vastgesteld aan de hand van de Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheid (VOEG).^{15 16} Deze lijst bevat 21 vragen over lichamelijke gezondheid, met dichotome antwoorden zoals 'Hebt u nogal eens last van hoofdpijn? (ja/nee)'. De score ligt tussen 0 (geen risico) en 21 (zeer hoog risico). De drempelwaarde is gebaseerd op gemiddelde scores van een grotere steekproef: mannen behoorden tot de risicogroep bij vijf of meer klachten, vrouwen bij zes of meer klachten.

Vanwege de nogal gecompliceerde relatie tussen lichamelijke klachten en de psychosociale oorzaken daarvan, werd tevens de diagnose van de arts bij de beoordeling betrokken: daarin diende gerefereerd te worden aan een psychosociale klacht of spanning. Op grond hiervan waren er 39 'niet somatiserende' en 46 'somatiserende' patiënten in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd. Gedetailleerdere informatie over de procedure is elders uitgebreid beschreven, evenals de hieronder beschreven analysemethoden.^{17 18}

Analyse directiviteit met VRM

De mate van directiviteit of sturing werd vastgesteld aan de hand van het psycholinguïstisch Verbal Response Mode Systeem (VRM), dat bestaat uit acht, elkaar uitsluitende en uitputtende categorieën (*kader*).^{19 20} De uitingen verschillen in de mate waarin aandacht naar de ander uitgaat, of waarin men de ander wil sturen vanuit een eigen referentiekader. Op grond hiervan is een maat voor directiviteit versus non-directiviteit vastgesteld, de zogenaamde sturingsindex: het geven van een minimale respons scoort het laagst (1), terwijl een advies het meest sturend is (8).

Codering van de transcripten met VRM leverde een dataset van 21.256 uitingen op. De interbeoordelaars-betrouwbaarheid, vastgesteld met Cohen's kappa, bedroeg .78. Over de data werden univariate variantie-analyses uitgevoerd, waarbij voor individuele verschillen tussen de artsen werd gecontroleerd.

Analyse gespreksstructurering

Tevens werd nagegaan hoe de gespreksstructurering tot stand kwam. Belangrijke aanwijzing daarbij was wie het initiatief

nam tot de overgang naar een volgende gespreksfase (medische geschiedenis, lichamelijk onderzoek, conclusie), zoals van klachtverheldering naar lichamelijk onderzoek. Tevens werd gelet op de richting van de wisseling ('vooruit' of 'achteruit'). Daarbij is van belang of bij zo'n wisseling sprake is van relationele en inhoudelijke beurt aansluiting. Deze mate van zogenaamde conversationale coherentie kan worden gezien als een operationalisatie van de mate van patiëntgerichtheid van de arts.²¹

Hier volgt een voorbeeld waarbij sprake is van relationele beurt aansluiting:

Patiënt 'Maar het is toch de laatste paar weken dat ik dat zo erg heb.'

Arts 'Ja, weet je wat ik denk waar 't vandaan komt Huub?'

In het volgende voorbeeld is geen sprake van relationele beurt aansluiting:

Patiënt 'Maar je wordt er depressief van he, altijd die hoofdpijn. Als ik weer eventjes kon (onderbreekt zichzelf) door-doorbreken dat ik weer eventjes bij kon komen dan eh (snuift)...'

Arts 'Zo, nou wat meer zetpillen... verder wat nog wat valium moest u hebben ja?'

Belangrijk criterium voor de beslissing of beurten wel of niet inhoudelijk aansluiten, zijn aanwijzingen waaruit blijkt dat wordt gerefereerd aan datgene wat de vorige spreker heeft gezegd. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij het gebruik van verwijzende voornaamwoorden of reflecties.

Deze analyse leidde tot de formulering van een gesprekstypologie; bij de totstandkoming ervan is veeleer inductief te werk gegaan, een werkwijze die wordt gekenmerkt door een wisselwerking tussen het empirisch materiaal en theoretische noties over de arts-patiënt relatie.²² Dit is echter op sterk gestructureerde wijze gebeurd: de fasen en wisselingen ervan werden met behulp van een aantal codeerregels gescoord; de betrouwbaarheid ervan was van een bevredigend niveau.²³

Het proces van bijstelling en nuancering heeft in verschillende ronden plaatsgevonden. Zo kon de aanvankelijk opgestelde typologie verder worden genuanceerd door in een latere analyse de mate van conversationale coherentie op te nemen.

Verbale antwoordwijzen

1 Minimale respons	Bericht van ontvangst, bereidheid, begroeting ('Ja', 'Dag dokter')
2 Objectieve informatie	Te verifiëren feiten en mededelingen; ('De bloeddruk is 120 over 70', 'Gisteren is dokter Pieters geweest')
3 Vraag	Verzoek om informatie of leiding ('Hoe lang geleden heb je er last van gekregen?' 'Is het bloed ook in orde?')
4 Subjectieve informatie	Gedachten, gevoelens, waarnemingen en bedoelingen ('In het algemeen voelde ik me wel rustiger', 'Ik dacht eerst dat het spierpijn was')
5 Reflectie	Herhaling, verheldering, spiegeling ('Je voelt je beroerd', 'Je zegt "zo, wéér de knieën"')
6 (Niet) eens zijn	(Geen) instemming ('Dat ben ik niet met je eens', 'Daar heb je gelijk in')
7 Interpretatie	Oordeel, evaluatie ('Die klachten hebben te maken met hoe Jo en jij met elkaar omgaan', 'Je bent veel te nerveus')
8 Advies	Aanwijzing, toestemming, bevel, verbod ('Adem eens heel diep', 'Je mag er een week niet mee werken')

Resultaten

Gespreksprofiel

Over de gesprekskenmerken van arts en patiënt per fase is elders uitgebreid gerapporteerd.^{17 18} In het algemeen was de relatie asymmetrisch, terwijl de arts het gesprek in sterke mate structureerde en leidde. Tijdens de medische geschiedenis was de patiënt meer aan het woord (zijn/haar ervaringen stonden centraal); tijdens het lichamelijk onderzoek en in de conclusiefase werd de arts gaandeweg verbaal en in pragmatisch opzicht de dominante gesprekspartner. Dit kwam onder meer tot uitdrukking in het geven van adviezen en interpretaties.

Duur van het gesprek

Gemiddeld duurde het medisch interview 9 minuten (minimum 2,5 minuten, maximum 23 minuten – tabel 1). Vrouwelijke artsen bleken langer met psychosociale patiënten te praten dan met somatische patiënten (12 versus 9 minuten), terwijl bij mannelijke artsen een dergelijk verschil niet werd gevonden (beide 8 minuten). Tenslotte praatte mannelijke artsen langer met vrouwelijke patiënten dan met mannelijke patiënten (9 versus 6 minuten), in tegenstelling tot vrouwelijke artsen (11 versus 10 minuten).

Gesprekstypen

Op grond van de analyse van gespreksstructurering konden vier typen consulten worden onderscheiden:

- het traditionele patroon (48 procent);
- het conflictueuze patroon (14 procent);
- het klaagpatroon (18 procent);
- het samenwerkingspatroon (20 procent).

Bij het *traditioneel* verlopend patroon structureert vooral de arts het gesprek: deze bepaalt wanneer aan een volgende fase wordt begonnen. Dit patroon kwam voor bij typisch medische klachten als het meten van de bloeddruk en eczeem, en bij meer functionele klachten als surmenage, hoofdpijn, buikpijn en moeheid. De fasen werden in chronologische volgorde afgewerkt.

Het volgende gespreksfragment dient als illustratie. De patiënt komt voor de bloeddruk, het gesprek is al begonnen.

Arts 'Nou als u die jas uitdoet dan kan ik (onderbreekt zichzelf) ... 130 85 was die de vorige keer he... en de tabletten die neemt u...'

Patiënt 'Elke dag.'

Arts '... trouw in die eh vergeet u niet, ja. (8 seconden stilte) Ja is prima, 130 over 90, dus dat is goed. Ja, blijft een beetje hetzelfde he. En u gebruikt nog de tenor-min he, iedere dag één?'

Patiënt 'Ja.'

Arts 'Geef ik u weer voor drie maanden mee he.'

Patiënt 'Ja.'

Arts 'Dan komt u over drie maanden op controle.'

Een niet onaanzienlijk aantal gesprekken liet een *conflictueus* gesprekspatroon zien: terwijl de arts de fasen in chronologische volgorde wilde afwerken, greep de patiënt steeds terug naar een voorgaande fase. Vooral in de conclusiefase vond zelfselectie door patiënten plaats door bijvoorbeeld opnieuw over de klachten te gaan uitweiden; voor de arts was het gesprek eigenlijk al afgerond. Meestal sloot de arts niet aan bij datgene wat de patiënt in de voorafgaande beurt naar voren had gebracht en was er sprake van abrupte overgangen. De patiënt trachtte op talrijke manieren de aandacht op zich te vestigen. De belangrijkste zijn steeds weer opnieuw over eenzelfde klacht gaan klagen, wanneer de arts al adviezen geeft, en steeds weer met een nieuwe klacht komen. Zo was er een gesprek waar elke keer wanneer de arts concludeerde dat de patiënte 'toch gezond genoeg was' of 'gezonder was dan ze zelf wilde geloven', of

dat het 'allemaal best wel meeviel', de patiënte steevast reageerde met 'ja maar het is wel vervelend' of 'ja maar het is wel lastig', gevolgd door de presentatie van een volgende klacht. Dit ritueel bleek zich tot acht keer toe te herhalen.

Hier volgt een fragment als voorbeeld van conflictueus patroon.

Patiënte 'Ik vind die migraine... (onderbreekt zichzelf) Ik-ik zou gewoon van de Maasbrug afspringen zo erg'

Arts 'Ja (zucht) ik zal u wat meer voorschrijven, maar kunt u dan die andere spullen wat minder innemen dan, die-die-die valium en zo.' ((patiënt reageert en gaat verder met klagen, de arts schrijft een recept))

Patiënte 'Eh ik heb aardige burens naast me.'

Arts 'Hm.'

Patiënte 'Die zijn erg leuk voor me, maar och de buurt op zich, ik bemoei me eigenlijk weinig met iemand of ze bemoeien zich weinig met mij.'

Arts 'Hm.'

Patiënte 'Dat is ook wel een punt hoor, die eenzaamheid.'

Arts 'Zeg voor die nek, hebt u daar wel eens eh – ja die eenzaamheid, zeker, – zeg voor die nek heb je daar wel eens wat eh massage voor gehad?'

Patiënte 'Nou ik heb zoveel therapieën gehad. (patiënte klaagt verder) Ik ben een- eh een hopeloos geval vind ik.'

Arts (lacht)

Patiënte 'Maar je wordt er depressief van he, altijd die hoofdpijn, als ik dat nu even kon doorbreken, dat ik weer eventjes bij kon komen dan eh...' (snuift)

Tabel 1 Gemiddelde duur van het gesprek.

Groep	N	Duur gesprek
Niet-somatiserende patiënten	39	8 minuten
Somatiserende patiënten	46	10 minuten
Mannelijke patiënten	31	8 minuten
Vrouwelijke patiënten	54	10 minuten
Mannelijke artsen	42	8 minuten
Vrouwelijke artsen	43	11 minuten
Totaal	85	9 minuten

Arts 'Zo, nou wat meer zepillen. – verder wat-nog wat valium moet u hebben ja?' ((patiënte klaagt verder))

Ook de patiënt kan inhoudelijke beurt-aansluiting negeren, zoals het volgende voorbeeld laat zien.

Arts 'En hoe is het met eh het werk, bent u daar weer mee bezig?'

Patiënte 'Nog niet.'

Arts 'Nog niet? Ik vroeg me namelijk af of dat misschien eh als u dat weer zou hebben opgepakt of u dan veel minder last zou kunnen hebben of het daar eh ...'

Patiënte 'Nou dokter, ik zal u vertellen, daar móét iets in mijn buik zitten, wat het ook is.'

Arts 'Hm.'

Bij het *klaagpatroon* sluit de arts, in tegenstelling tot het vorige patroon, wél inhoudelijk en relationeel aan bij de voorafgaande beurt van de patiënt en realiseert daarmee vloeiende overgangen. De arts houdt het verloop van het gestructureerd gesprekspatroon in de gaten, maar staat tegelijkertijd open voor het klagen van de patiënt.

(patiënte heeft hoofdpijn en pijn in de schouders)

Arts 'Dat doet pijn?'

Patiënte 'Já... die niet zo erg en die weet je wel daar in het midden, waar ik het altijd heb.'

Arts 'Dit?'

Patiënte 'Dat ik die knokkels (onderbreekt zichzelf) óh.'

Arts 'Ja... ja toch is het het béste wat je daarmee kunt doen is wat oefenen.'

Patiënte 'Maar ik óéfen toch genóég!'

Arts 'Heb jij hiér nog oefeningen voor?'

Patiënte 'Maar de afgelopen keer ben ik

ook geweest en toen moest ik eerst twee weken van u zó doen ((patiënte gaat hier gedetailleerder op in)) maar 't gaat niet over.'

Arts 'Ja, maar toen jij vorig jaar bij die fysiotherapie bent geweest heb je toen niet ook wat óefeningen gekregen voor je schouders en je nek?'

Patiënte 'Nee heb ik niet. (etc.)'

Het *samenwerkingspatroon* tenslotte wordt hierdoor gekenmerkt, dat naast de arts ook de patiënt initiatieven neemt om het gesprek in voorwaartse richting te sturen, bijvoorbeeld door het stellen van vragen of opperen van ideeën over diagnose of behandeling; er is kortom meer sprake van gelijkwaardigheid tussen arts en patiënt.

Patiënt 'Ik heb eczeem, hier en hier... dat is nou een heel stuk weg... tenminste aan mijn handen, voeten zijn nog best wel erg. ((er wordt verder doorgepraat over de klacht))'

Arts 'óh já, daar heb je een grote plek, ja op zich mag je die daktarin daar wel voor gebruiken.'

Patiënt 'Ja?'

Arts 'Ja probeer 't maar eens en als 't over een week of twee, drie niet echt beter is dan moet je d'r nog eens voor terugkomen.'

Patiënt 'Ja dat is goed... en ik voel me helemaal niet lekker, ik heb de hele tijd buikgriep, komt denk ik omdat ik verkouden ben... denk ik dús.'

Arts 'Ja je zit helemaal een beetje in de lappenmand.'

Patiënt (lacht) ((hier wordt nog op doorgepraat)) 'Maar waar kan die overgevoeligheid dan eh van komen?'

((arts geeft uitleg))

In dit voorbeeld vertelt de patiënt gemakkelijk over de klachten en snijdt hij zelf tweemaal het onderwerp diagnose aan. Er is geen sprake van grote afhankelijkheid: arts en patiënt zijn samen bezig met het zoeken naar een oplossing.

Wanneer kwam welk patroon nu veel of weinig voor? Bij somatiserende patiënten kwam het traditionele patroon minder voor en kwamen de drie andere patronen meer voor dan bij niet-somatiserende patiënten. Het geslacht van de patiënt deed er niet zoveel toe, wél daarentegen het geslacht van de arts (*tabel 2*). Terwijl bij mannelijke artsen het traditionele patroon overheerste, gaven vrouwelijke artsen meer de voorkeur aan het klaag- of het samenwerkingspatroon. Het conflictueuze patroon was bij vrouwelijke artsen nagenoeg afwezig; dit manifesteerde zich meer tussen vrouwelijke patiënten en mannelijke artsen.

Directiviteit

Aanvullend op de analyse van de gesprekstypen werden aan de hand van de VRM-analyse de volgende verschillen geconstateerd.

- Somatiserende patiënten gaven meer interpretaties in het conclusiegedeelte dan niet-somatiserende patiënten. De laatste groep gaf meer reflecties. Deze resultaten suggereren dat aan het eind van het interview niet-somatiserende patiënten meer het referentiekader van de arts deelden dan de somatiserende patiënten. Mede hierdoor valt het grotere aantal conflictueuze gesprekken bij somatiserende patiënten te verklaren.

- Met betrekking tot de presentatie en toelichting van de klachten refereerden vrouwelijke patiënten tweemaal zo vaak aan personen dan mannelijke patiënten. Vrouwen omkleedden hun klachten meer met verhalen uit de dagelijkse leefwereld; het type klacht deed er niet toe, evenmin als het geslacht van de arts.

- Tijdens de medische geschiedenis gebruikten vrouwelijke patiënten meer uitingen van 'eens zijn/niet eens zijn' dan mannelijke patiënten. Ook bleken mannelijke artsen meer kennis over vrouwelijke dan mannelijke patiënten te veronderstellen in de medische geschiedenis. Artsen stelden

Tabel 2 Geprekstypologie en 'geslacht arts'.

Typologie	Mannelijke arts		Vrouwelijke arts	
	N	%	N	%
Traditioneel patroon	24	57	17	39
Conflictueus patroon	10	24	2	5
Klaagpatroon	3	7	12	28
Samenwerkingspatroon	5	12	12	28

aan mannelijke patiënten meer vragen tijdens de medische geschiedenis dan aan vrouwelijke patiënten.

- Tijdens het lichamelijk onderzoek gaven vrouwelijke patiënten meer minimale reacties dan mannelijke patiënten. In het conclusiegedeelte gaven mannelijke patiënten meer interpretaties dan vrouwelijke patiënten, en hetzelfde gold voor het interview als geheel.

- Terwijl het gesprek steeds op strakke wijze werd geleid, waren mannelijke artsen geneigd meer sturende categorieën te gebruiken dan vrouwelijke huisartsen (tabel 3). Dit kwam onder meer naar voren, doordat vrouwelijke artsen tijdens de conclusiefase meer objectieve informatie gaven (uitleg) en mannelijke artsen meer geneigd waren interpretaties en adviezen te geven. De gemiddelde sturingsindex voor mannelijke en vrouwelijke artsen was respectievelijk 3.53 en 2.70 (tweezijdige t-test, $p < 0.001$).

Beschouwing

Op basis van microscopische analyse kan worden geconcludeerd dat de waargenomen asymmetrische verschillen tussen arts en patiënt gangbare visies over de arts-patiënt relatie ondersteunen. Dit algemene patroon vertoonde echter ook aanzienlijke variatie.

Op basis van microscopische analyse konden vier gesprekspatronen worden onderscheiden. Het traditionele patroon komt meer overeen met de harmoniebenadering van de arts-patiënt relatie, terwijl het conflictueuze en het klaagmodel meer uitdrukking van een discrepantiebenadering zijn. Zowel bij het klaagpatroon als bij het samenwerkingspatroon is het meest sprake van patiëntgerichtheid van de arts. Dat psychosociale patiënten het gesprek meer wilden sturen, zou geïnterpreteerd kunnen worden als deel van een proces van onderhandeling, hetgeen meer overeenstemt met het discrepantiemodel.

Ook enkele opvattingen over verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten werden bevestigd: vrouwen praten langer, presenteren meer klachten, en brengen daarbij vaker verhalen uit de dagelijkse

Tabel 3 VRM-categorieën en 'geslacht arts'. Afgeronde percentages.

VRM-categorieën	Mannelijke arts	Vrouwelijke arts
1 Bericht voor ontvangst	26	32
2 Objectieve informatie	13	15*
3 Vraag	15	15
4 Subjectieve informatie	7	8*
5 Reflectie	5	5
6 (Niet) eens zijn	1	1
7 Interpretatie	10	6*
8 Advies	18	14*
Onscoorbaar	5	5

* $p < 0.05$.

leefwereld ter sprake. Zij lijken zich interactiever op te stellen dan mannen.

Dat het effect van het geslacht van de arts niet kan worden verwaarloosd, kwam onder meer naar voren doordat vrouwelijke artsen meer aandacht voor somatiserende patiënten hebben. Vooral de gesprekken van mannelijke artsen met vrouwelijke somatiserende patiënten gaf vaker aanleiding tot een conflictpatroon.

Terwijl opnieuw werd bevestigd dat de arts-patiënt relatie een ongelijke is, valt op grond van analyse van processen van sturing en gespreksstructurering te constateren dat deze relatie bij mannelijke artsen ongelijker is dan bij vrouwelijke artsen. De gesprekken van vrouwelijke artsen vertonen meer gelijkwaardigheid en patiëntgerichtheid.¹⁴ De bevindingen uit deze studie bevestigen de grotere interactionele gerichtheid van vrouwen (meer probleemgerichtheid in plaats van oplossingsgerichtheid) en de grotere kans op communicatiestoornissen bij gesprekspartners van verschillend geslacht, vooral bij vrouwelijke patiënten en mannelijke artsen.²⁴ Mogelijk worden processen van somatische fixatie hierdoor versterkt. Dit dient echter nader onderzocht te worden.

Gezien het kleine aantal artsen kunnen de resultaten van dit onderzoek niet direct worden generaliseerd. Derhalve verdient het aanbeveling een breder opgezet onderzoek uit te voeren, waarbij voor mogelijk interfererende factoren als leeftijd of taakopvatting van de arts wordt gecontroleerd.

Literatuur

- Parsons T. The social system. New York: Free Press, 1951.
- Freidson E. Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company, 1970.
- Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med 1984; 19: 167-75.
- Roter DL, Hall JA, Katz, NR. Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. Pat Educ Couns 1988; 12: 99-119.
- Roter DL, Hall JA. Studies of doctor patient interaction. Annu Rev Publ Health 1989; 10: 163-80.
- Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: 1. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringsproject. Huisarts Wet 1982; 25: 333-42.
- Bensing JM, Beerendonk, PhM. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: Weten en meten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1990; 45: 595-618.
- Bain DJG. The content of physician/patient communication in family practice. J Fam Pract 1979; 8: 745-53.
- Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries. London: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Nathanson C. Illness and the feminine role. A theoretical review. Soc Sci Med 1975; 9: 57-62.
- Verbrugge LM. Sex differences in complaints and diagnoses. J Behav Med 1980; 3: 327.
- Wodak R. Women relate, men report. Sex differences in language behavior in a therapeutic group. J Pragmatics 1981; 5: 261-85.
- Gray J. The effect of the doctor's sex on the

- doctor-patient relationship. *J R Col Gen Pract* 1982; 32: 167-9.
- ¹⁴ Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician-patient relationship. Recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 1119-27.
- ¹⁵ Lipowski ZJ. Somatization. The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358-1368.
- ¹⁶ Visser AP. De betekenis van de VOEG: Enkele gegevens over de begripsvaliditeit. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 3: 177-88.
- ¹⁷ Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- ¹⁸ Meeuwesen L, Schaap C, Van der Staak C. Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med*, in press.
- ¹⁹ Stiles WB, Putnam SM, Wolf MH, Sherman AJ. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med Care* 1979; 17: 667-81.
- ²⁰ Stiles WB, Putnam SM, Jacob MC. Verbal exchange structure of initial medical interviews. *Health Psychol* 1982; 1(4): 315-36.
- ²¹ Tracy K. Conversational coherence: A cognitively grounded rules approach. In: Street RL, Cappella JN, eds. *Sequence and pattern in communicative behaviour*. London: Edward Arnold, 1985: 30-49.
- ²² Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.
- ²³ Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods*. Beverly Hills: Sage Publications, 1984.
- ²⁴ Maltz DN, Borker RA. A cultural approach to male-female miscommunication. In: Gumperz J, ed. *Language and social identity. Studies in interactional sociolinguistics 2*. Cambridge, etc.: Cambridge University Press, 1982: 196-216. ■