

Het gesprek tussen huisarts en patiënt

Een analysemodel

B. THEMANS*

De betekenis van een goede gesprekstechniek voor het functioneren van de huisarts kan nauwelijks overschat worden. Algemeen wordt hieraan tijdens de opleiding dan ook veel aandacht besteed. Een van de problemen waarop men bij het ontwikkelen van een adequaat onderwijsprogramma echter stuit, is het ontbreken van een bruikbaar model voor het analyseren van het gesprek tussen huisarts en patiënt. In deze bijdrage wordt zo'n model gepresenteerd en nader uitgewerkt.

Inleiding

Tijdens de beroepsopleiding tot huisarts wordt in ruime mate aandacht besteed aan gesprekstechniek. In elk onderwijsprogramma, gericht op het verwerven van een bepaalde vaardigheid, dienen de volgende punten zorgvuldig te worden geformuleerd:

- de beginsituatie van degeen die het onderwijs ontvangt;
- de algemene doelstelling van het onderwijs, uitgedrukt in een reeks eindtermen van meetbare vaardigheden;
- het eigenlijke onderwijsprogramma;
- de instrumenten om de verworven vaardigheden te toetsen.

Binnen het algemene kader van de doelstelling „de arts-assistent aan het eind van zijn opleiding een goede startpositie te bieden om als huisarts te kunnen fungeren”, gaan wij op het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (RUHI) ten aanzien van de gesprekstechniek uit van een aantal subdoelstellingen, zoals deze geformuleerd zijn in het rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen uit 1975. Deze subdoelstellingen houden in dat de huisarts in staat moet zijn:

- de patiënt de gelegenheid te bieden (en hem daartoe zo nodig te stimuleren) om zijn klachten, vragen en problemen aan de arts mee te delen;

*psycholoog; als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut van de Erasmus Universiteit.

- te verwoorden wat de patiënt hem meedeelt, zodat arts en patiënt het eens kunnen worden over de probleemstelling;

- de patiënt zodanig te adviseren, dat deze het advies kan begrijpen en – gegeven zijn levenssituatie – uitvoeren;
- de patiënt zodanig te adviseren dat deze zich vrij acht, het gegeven advies desgewenst niet op te volgen;
- een dergelijke samenwerking met de patiënt op te bouwen, dat deze initiatieven kan ontplooiën bij het vaststellen, uitvoeren en evalueren van het hulpverleningsplan.

Deze subdoelstellingen worden in het rapport nog nader uitgewerkt ten aanzien van het verwijzen, de coördinatie van de hulpverlening en de nazorg. Als specifieke sociale vaardigheden, waarover de huisarts zou moeten beschikken, worden genoemd het voeren van een slecht-nieuws-gesprek, van een consultatiegesprek en van een adviesgesprek.

Tenslotte noemt het SOH-rapport één enigszins welomschreven eindterm ten aanzien van het onderwijs in de gesprekstechniek: de aanstaande huisarts moet in staat zijn met gebruikmaking van directe en indirecte interviewtechnieken binnen de beschikbare consulttijd voldoende informatie te verzamelen over het probleem van de patiënt. Bij de bespreking van de literatuur zal blijken dat het enige Nederlandstalige boek dat een verantwoord analysesysteem biedt voor het gesprek tussen huisarts en patiënt, precies aansluit bij deze doelstelling.

Ten aanzien van de beginsituatie van degeen die het onderwijs ontvangt, het eigenlijke onderwijsprogramma en de toetsingsinstrumenten levert het SOH-rapport geen wezenlijke bijdrage. In de publikaties van het RUHI en andere universitaire huisartseninstituten in Nederland worden zo af en toe enkele losse onderwijsdoelstellingen geformuleerd en enkele niet met elkaar samenhangende onderdelen van het onderwijsprogramma beschreven. Verwondering behoeft dit niet te wekken; voor men immers een min of meer volledig onderwijsprogramma voor de gesprekstechniek kan maken, dient men te beschikken over een goed analysemodel voor de beschrijving van het gesprek tussen huisarts en patiënt. In dit model moet men kunnen meten en dus vastleggen:

- de beginsituatie van degeen die het onderwijs ontvangt;
- het eindniveau dat men met het onderwijs wil bereiken.

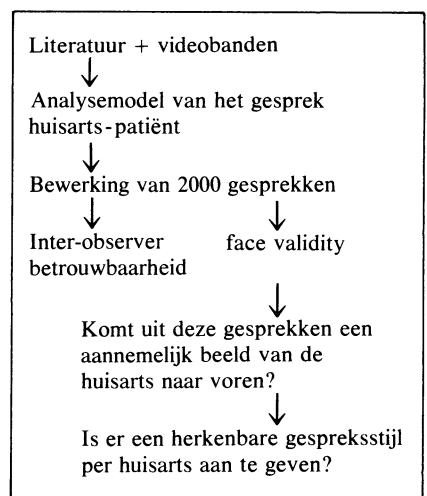
Aan de hand hiervan kan men een onderwijsprogramma opstellen en uitwerken.

Een belangrijk bijkomend voordeel van een analysemodel voor de beschrijving van het gesprek tussen huisarts en patiënt is gelegen in de mogelijkheid, met dit model een beschrijving te geven van de gespreksvormen in de voornaamste opleidingssituatie, de praktijk van de huisartsopleider.

De opzet van het onderzoek

Het onderzoek is als volgt opgezet (*schema*). Op basis van literatuur en van inzichten, verkregen uit het bestuderen van videobanden die waren opgenomen in de praktijk van het RUHI, werd een analysemodel opgebouwd.

Schema. De opzet van het onderzoek.



Daarbij is gekozen voor een model waarin iedere uitspraak van de huisarts of de patiënt een aparte codering krijgt. Er is naar gestreefd zoveel mogelijk verschillende gezichtspunten van waaruit gesprekken beoordeeld kunnen worden, in het schema onder te brengen. Vervolgens zijn over een periode van zes weken bij een kleine groep huisartsen alle gesprekken van het ochtend- en het middagspreekuur op de geluidsband opgenomen. Van deze gesprekken zijn er tweeduizend at random getrokken; deze zijn uitspraak voor uitspraak gescoord volgens de code van het analysemodel.

De aldus verkregen gegevens zijn verder bewerkt. Eerst is nagegaan of een voldoende inter-observer betrouwbaarheid bestond, dat wil zeggen of de verschillende observators een zelfde gesprek op gelijke wijze hadden gescoord. Vervolgens hebben we gekeken naar de „face validity” van het model: kan op basis van de resultaten een beschrijving van het gesprek tussen huisarts en patiënt gegeven worden, die op het eerste gezicht aanspreekt en aannemelijk is; en kan op basis van de resultaten een beschrijving gegeven worden van de gesprekstijl van de huisarts, waarin deze zichzelf herkent?

Het onderzoek is uitgevoerd bij een groep van zeven, reeds vele jaren gevestigde huisartsen, vijf in Krimpen aan de Lek. De groep omvatte twee tweemans- en drie solopraktijken. De praktijkgrootte varieerde van 2600 tot 3500 patiënten. Alle praktijken omvatten ziekenfondspatiënten en particulieren.

De literatuur

Bestudering van de literatuur over het gesprek tussen huisarts en patiënt levert een aantal verrassende conclusies op:

- ruim tachtig procent van deze literatuur beschrijft hoe het gesprek tussen huisarts en patiënt idealiter zou moeten verlopen; slechts een kleine twintig procent van de boeken en artikelen beschrijft de reële gang van zaken;
- van deze laatste groep publikaties blijkt ruim tweederde alleen aandacht te schenken aan het gedrag van de arts in de gespreksituatie; de patiënt wordt in de modelbeschrijving niet of nauwelijks genoemd;
- van het kleine aantal publikaties waarin een interactiemodel van het gesprek tussen huisarts en patiënt beschreven wordt, valt nog een aantal af

voor het gebruik bij wetenschappelijk onderzoek omdat geen gegevens vermeld worden over de inter-observer betrouwbaarheid.

Slechts één Nederlands boek gaat uit van een interactiemodel bij de beschrijving van het gesprek tussen huisarts en patiënt (*Van Lidt de Jeude*). Het systeem dat in dit boek wordt beschreven, richt zich op de onderwerpen die worden besproken of juist niet en de manier van reageren van beide gesprekspartners. Expliciet wordt nagegaan of gesproken wordt over psychische oorzaken bij klachten waarvoor dit reëel is en over de relatie van de patiënt met „sleutelfiguren”. De inter-observer betrouwbaarheid van het systeem is helaas niet vastgesteld. Zeer recent is verschenen „Luisteren naar patiënten” (*Van Dorp*). Dit boek heeft uitsluitend betrekking op de wijze waarop de huisarts anamnese opneemt. Op dit beperkte gebied komt *Van Dorp* tot een twintigtal scherp omschreven gedragsvormen van de arts die voldoende betrouwbaar te scoren zijn. Het systeem lijkt goed bruikbaar voor een anamnesetraining in de beroepsopleiding tot huisarts. Een probleem hierbij is dat het gedrag van de patiënt buiten beschouwing blijft.

Verder heeft een drietal buitenlandse artikelen elementen opgeleverd voor het door ons onderzochte observatiesysteem.

Morrison en *Cameron-Jones* bespreken een simpel systeem om de uitspraken van huisarts en patiënt te scoren. Een interessante verwerkingsmogelijkheid wordt daarna toegelicht met een aantal voorbeelden. De inter-observer betrouwbaarheid van de scoring is niet nagegaan. Gezien de eenvoud van het systeem mag men verwachten dat met goed getrainde observators een voldoende inter-observer betrouwbaarheid te bereiken valt.

McKinney Adler (1966) beschrijft de toepassing van de P.I.A.-schaal (Psychotherapy Interaction Analysis-schaal) waarin een groot aantal verbale gedragsvormen in groepen wordt ondergebracht. De groepsscores geven een duidelijke beschrijving van het karakter van het gesprek tussen arts en patiënt. Over het gebruik van de P.I.A.-schaal zijn nog meer artikelen verschenen (*McKinney Adler* 1970), waaruit blijkt dat de inter-observer betrouwbaarheid nog te wensen overlaat. *Katz* beschrijft een systeem waarin tussen iedere uitspraak van dokter en patiënt een interactiescore gegeven wordt die aangeeft wat beiden aan het doen

zijn. Bijvoorbeeld: Patient seeks / doctor gives. Ook wordt aangegeven wat het onderwerp van gesprek is. *Katz* rapporteert een hoge mate van betrouwbaarheid.

Het analysemodel

Voor de analyse van het gesprek tussen huisarts en patiënt is een model ontwikkeld waarin iedere uitspraak van de huisarts en iedere uitspraak van de patiënt beoordeeld werd op een viertal categorieën:

I. Wie spreekt er, in welke situatie?

Hiervoor zijn de volgende negen coderingen gebruikt:

1. patiënt spreekt over eerste klacht;
2. arts spreekt;
3. patiënt spreekt over tweede klacht;
4. lichamelijk onderzoek door arts (inclusief gesprek);
5. patiënt spreekt over derde en volgende klachten;
6. lange stilte (drie seconden of langer);
7. ingebouwd consult over familielid;
8. stoomis, bijvoorbeeld telefoon of binnenkomen van assistente;
9. niet scorebare uitspraak.

II. Waarop richt de uitspraak zich?

Hiervoor zijn vijf coderingen gebruikt:

1. begroetingen en uitspraken om het gesprek gaande te houden (social facilitation);
2. gesproken wordt over de symptomen van de patiënt;
3. gesproken wordt over sociale problemen gerelateerd aan de symptomen;
4. gesproken wordt over de oplossing van het probleem;
5. uitspraken die een persoonlijke interesse in de ander doorgeven;
9. niet scorebare uitspraak.

III. Om wat voor uitspraak gaat het in gesprekstechnisch opzicht? Een drietal gesprekstechnische aspecten is in acht coderingen gevat:

1. positieve open vraag;
2. negatieve open vraag;
3. positieve gesloten vraag;
4. negatieve gesloten vraag;
5. positieve open uitspraak;
6. negatieve open uitspraak;
7. positieve gesloten uitspraak;
8. negatieve gesloten uitspraak;
9. niet scorebare uitspraak.

Ter toelichting het volgende:

- alle uitspraken die niet duidelijk in vragende vorm zijn gesteld, zijn gescoord als „uitspraak”;
- een „gesloten uitspraak” is gedefi-

nieerd als een uitspraak waarop alleen een bevestigende of ontkennde reactie gegeven kon worden; alle andere uitspraken zijn als „open” gecodeerd; voor de codering van de vragen geldt hetzelfde;

– een „negatieve uitspraak” is gescoord als er sprake was van een uitspraak met een duidelijk negatief karakter of als een uitspraak helemaal geen verband hield met het voorafgaande deel van het gesprek (langs elkaar heen praten); alle andere uitspraken zijn als „positief” gescoord; idem ten aanzien van de vragen.

IV. De vierde categorie is een restcategorie; hierin is een uitwerking gegeven van twee onderdelen uit categorie II. Genoteerd is bij II-2 – wanneer de patiënt over zijn symptomen spreekt – of deze beschouwd kunnen worden als:

1. somatisch en spontaan gebracht;
2. psycho-emotioneel en spontaan gebracht;
3. somatisch en opgeroepen door een gerichte vraag van de huisarts;
4. psycho-emotioneel en opgeroepen door een vraag van de huisarts;
9. niet scorebare uitspraak.

Genoteerd is bij II-4 – wanneer de huisarts bezig is met de oplossing van het probleem – in welke richting hij de oplossing zoekt:

1. bemoediging;
2. informatie geven;
3. advisering en leefregel geven;
4. medicatie;
5. verwijzing;
6. terug laten komen;
7. afwachten;
8. zeggen „ik weet het niet”;
9. niet scorebare oplossing.

We kunnen dit categorieënschema toelichten aan de hand van een scoringsvoorbeeld. Wanneer men dit stap voor stap doorwerkt, krijgt men een goede indruk van de wijze waarop de gesprekken gescoord zijn (*gesprek*).

De resultaten

Voordat aan de bewerking van de gesprekken begonnen kon worden, moest eerst worden vastgesteld of verschillende observators hetzelfde gesprek op dezelfde manier scoorden. Zeven studenten hebben 2000 gesprekken gescoord. Uit deze 2000 gesprekken zijn at random 85 gesprekken getrokken en deze zijn door een tweede student onafhankelijk van de eerste opnieuw gescoord. Over deze dubbel gescoorde gesprekken is per categorie de

Gesprek tussen huisarts (H.) en patiënt (P.)

	Categorieën			
	I	II	III	IV
H. Goedemorgen, Mevrouw Schuit.	2	1	5	
P. Ja, goedemorgen dokter.	1	1	5	
H. Waarmee kan ik U helpen?	2	1	1	
P. Ik heb weer zo'n pijn in mijn schouder, net als vorig jaar.	1	2	5	1
H. Kunt u aanwijzen waar de pijn precies zit?	2	2	3	
P. Hier.	1	2	5	3
H. Is dat dezelfde plaats als vorig jaar?	2	2	3	
P. Ja.	1	2	5	3
H. Vorige keer hebt u driemaal een injectie gehad, dat heeft toen goed geholpen. Zullen we dat nu maar weer doen?	2	4	7	4
P. Ja, dat moet maar.	1	4	8	
H. Komt u maar even hier. Zo, ja dat doet even zeer.	4	4	5	4
-----	6			
H. Als u dan voor volgende week woensdag weer een afspraak maakt.	2	4	7	6
P. Dat is goed. En kan ik nu ook een herhalingsrecept krijgen voor mijn moeder. Haar slaaptabletten zijn bijna op.	7	2	3	2
H. Dat is goed.	7	2	7	2
-----	2	4	7	4
-----	6			
P. Dank u wel.	1	4	7	
H. Ja, dag Mevrouw Schuit.	2	1	7	
P. Dag dokter.	1	1	7	

inter-observer betrouwbaarheid berekend met de volgende resultaten. Categorie I: $r = .98$; categorie II: $r = .85$; categorie III: $r = .66$; categorie IV: $r = .86$.

De categorieën I, II en IV blijken voldoende betrouwbaar te worden gescoord om een verdere bewerking van de gegevens zonder meer te rechtvaardigen. Categorie III geeft een te lage inter-observer betrouwbaarheid aan. Bij gedetailleerde beschouwing blijkt de onbetrouwbaarheid van deze categorie in belangrijke mate veroorzaakt te worden door de beoordeling van uitspraken ten aanzien van het coderingspaar open – gesloten. Twee van de studenten scoorden bijna driemaal zoveel open uitspraken als hun collega-dubbel-scoorders bij dezelfde gesprekken. Bij de nabespreking bleek dat deze twee studenten een ruimere interpretatie van het begrip „open” hadden gehanteerd dan de overige vijf. Deze vijf kwamen tot een onderlinge correlatie op groep III van $r = .85$.

Besloten werd de gesprekken niet opnieuw te scoren op het beoordelingspaar open – gesloten en categorie III wél op te nemen bij de verwerking van de resultaten. Twee aantekeningen moeten bij deze beslissing worden gemaakt.

– de te scoren patiënten zijn at random

verdeeld over de zeven studenten zodat verschillen tussen de huisartsen en tussen de groepen patiënten niet zonder meer toegeschreven kunnen worden aan verschillen in scoring;

– ten aanzien van de dimensie open – gesloten moet bij de bespreking van verschillen tussen huisartsen of groepen patiënten meer terughoudendheid betracht worden bij de interpretatie.

Categorie I

De gegevens in de tabellen staan genoteerd in de vorm van „gesprekselementen” en „gespreksschappen”. Een gesprekselement is één enkele uitspraak van huisarts of patiënt; een gespreksschapp is een combinatie van twee opeenvolgende gesprekselementen. Dit kan verduidelijkt worden met een voorbeeld.

Arts: Goedemorgen Mevrouw Schuit – gesprekselement (1).

Patiënt: Goedemorgen dokter – gesprekselement (2).

Arts: Kan ik u helpen? – gesprekselement (3).

De gesprekselementen (1) en (2) vormen samen een gespreksschapp; evenzo de gesprekselementen (2) en (3). Iedere nieuwe gespreksschapp bevat dus een gesprekselement uit de vorige gespreksschapp én een nieuw gesprekselement.

Tabel 1. Het gemiddelde aantal gespreksstappen van de huisartsen, gerubriceerd volgens categorie I.

		eerste gesprekselement								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
tweede gesprekselement	1	2	18	<1	6	<1	<1	<1	<1	-
	2	17	5	1	<1	1	<1	<1	<1	<1
	3	<1	1	<1	<1	-	<1	-	-	-
	4	6	<1	<1	2	<1	<1	-	<1	<1
	5	<1	1	<1	<1	<1	<1	-	<1	-
	6	<1	-	<1	<1	<1	-	-	-	-
	7	<1	<1	-	-	-	-	<1	<1	-
	8	<1	<1	-	<1	<1	-	<1	-	-
	9	<1	<1	-	<1	-	-	-	-	-
totaal		26	26	2	9	2	1	1	1	1

Tabel 1 toont het gemiddelde aantal gespreksstappen berekend over alle gesprekken van alle zeven huisartsen.

In de tabel worden langs de assen als codering de cijfers 1 tot en met 9 gebruikt (voor de betekenis van deze codes zie het analysemodel).

Iedere cel in de tabel wordt gekenmerkt door twee cijfers, één op de horizontale as, één op de verticale as. Deze cijfers vormen de notering voor een gespreksstap. In cel 1-2 (aflezen: 1 horizontaal, 2 verticaal) staan alle gespreksstappen die het volgende kenmerk hebben: uitspraak van de patiënt (1), gevolgd door de reactie van de arts (2). Bijvoorbeeld: Patiënt: „Ik heb weer zo'n pijn in mijn schouder net als vorig jaar". Huisarts: „Kunt u aanwijzen waar de pijn precies zit".

In cel 2-7 (aflezen: 2 horizontaal, 7 verticaal) staan alle gespreksstappen die het volgende kenmerk hebben: uitspraak van de arts (2) gevolgd door een consult over een familielid (7). Voorbeeld: Huisarts: „Als u dan voor volgende week weer een afspraak maakt". Patiënt: „Dat is goed. En kan ik nu ook een herhalingsrecept voor mijn moeder krijgen? Haar slaaptabletten zijn bijna op".

In de tabel ziet u een aantal malen in de cellen een - staan; dat geeft aan dat er geen uitspraken in deze cel genoteerd zijn. Daarnaast valt een aantal cellen met de score <1 op: dat geeft aan dat in deze cel wel uitspraken zijn gescoord, maar gemiddeld per gesprek minder dan 1 gespreksstap. De waarden in de tabel zijn afgerond op hele cijfers, de afrondingscesuur ligt op 0,5. Bij de toeltelling van de kolommen zijn alle scores <1 bij elkaar voor 1 geteld.

Het gemiddelde aantal gespreksstappen bedraagt 65 (totaal over de kolommen 1 tot en met 5 in tabel 1). De huisarts is 35 maal aan het woord (som van

de kolommen 2 en 4), de patiënt 30 maal (som van de kolommen 1, 3 en 5). Een aantal uitspraken van huisarts en patiënt is dubbel gescoord als er twee duidelijk verschillende onderwerpen aan bod kwamen (de cellen 1-1, 2-2 enzovoort). Voor de huisarts is dit gemiddeld 7 maal en voor de patiënt is dit gemiddeld 3 maal het geval. In het gemiddelde consult zien we de huisarts dus 28 (35-7) maal aan het woord, de patiënt 27 (30-3) maal.

Stellen we enigermate arbitrair de gemiddelde duur van een uitspraak vast op 6 à 8 seconden, dan kunnen we de gemiddelde gespreksduur berekenen: ongeveer 6 minuten.

De gegevens per huisarts worden in tabel 2 weergegeven. In deze tabel zijn de codegroepen 5 tot en met 9 weggelaten omdat daarin relatief weinig gespreksstappen voorkomen.

Tussen de aan het onderzoek deelnemende huisartsen zien we forse verschillen. Aan de ene kant huisartsen die gemiddeld per consult op 83 en 75 (respectievelijk de huisartsen 4 en 1) gespreksstappen uitkomen en aan de andere kant huisartsen die per consult toekomen met 53 en 46 gespreksstappen (de huisartsen 3 en 7). Een verschilfactor van 1,5.

De uitspraken van de patiënt zijn voor het overgrote deel gericht op de eerste klacht, de totaalscore in tabel 1 voor kolom 1 is 26; dit tegenover een zeer beperkte inbreng voor de tweede klacht; het totaal in kolom 3 is 2.

Bij het lichamenlijk onderzoek van de patiënt is de dokter gemiddeld 9 maal aan het woord. Aan- en uitkleedopdrachten werden ook in deze kolom gescoord, zodat we mogen concluderen dat het lichamenlijk onderzoek gemiddeld gepaard gaat met 6 à 7 vragen en aan- of opmerkingen gericht tot de patiënt.

Opvallend is dat bij alle huisartsen ongeveer vijftien procent van alle vragen

tijdens het lichamenlijk onderzoek wordt gesteld. Het lichamenlijk onderzoek lijkt hoofdzakelijk op de eerste klacht te volgen: de score in tabel 1, cel 1-4 is 6. Op de tweede klacht wordt niet ingegaan met lichamenlijk onderzoek of dit onderzoek wordt gelijktijdig met het onderzoek naar aanleiding van de eerste klacht verricht (dit gebeurt wanneer de patiënt bij de anamnese na elkaar twee klachten heeft geuit): cel 3-4 scoort lager dan 1.

Lange stiltes, ingebouwde consulten over familieleden en storingen door bijvoorbeeld de telefoon of het binnenkomen van de assistente, komen in de tabellen weinig voor (zie tabel 1, de scores bij de kolommen 6, 7 en 8). Ten aanzien van het aantal storingen verbaasde ons dit in eerste instantie. Wij hadden uit onze observaties als globale indruk overgehouden dat er relatief veel storingen plaatsvonden tijdens het gesprek tussen patiënt en huisarts. Dit beeld moeten we nu ten dele herzien. Tijdens het spreekuur van de huisarts komen veel storingen voor, in totaal circa tien per uur; de patiënt merkt daar echter niet veel van: tijdens het gesprek van gemiddeld 6 minuten maakt hij slechts één storing mee.

In tabel 3 is onderscheid gemaakt naar leeftijd en geslacht van de patiënten. Wanneer we alle leeftijdsgroepen bij elkaar optellen, blijkt het aantal gespreksstappen bij mannen en bij vrouwen vrijwel gelijk (298 respectievelijk 292). Tussen de naar geslacht en leeftijd onderscheiden deelgroepen vinden we echter wel verschillen. De gesprekken met meisjes van 0-15 jaar en de gesprekken met mannen van 15-25 jaar bestaan uit relatief weinig gespreksstappen, respectievelijk 38 en 43. Bij meisjes van 0-15 jaar is het lage aantal gespreksstappen voor een deel te verklaren uit het gering aantal uitspraken van de huisarts bij het lichamenlijk onderzoek: 3 tegenover gemiddeld 9.

Tabel 2. Het gemiddelde aantal gespreksstappen* per huisarts; tussen haakjes de procentuele verdeling (afgerond).

gesprekselement	huisarts						
	1	2	3	4	5	6	7
1. patiënt spreekt over eerste klacht	30 (40)	23 (39)	18 (34)	36 (43)	31 (43)	24 (44)	20 (43)
2. arts spreekt	34 (45)	26 (44)	19 (36)	31 (37)	28 (38)	20 (36)	17 (37)
3. patiënt spreekt over tweede klacht	2 (3)	2 (3)	7 (13)	2 (2)	3 (4)	3 (5)	1 (2)
4. lichamenlijk onderzoek	9 (12)	8 (14)	9 (17)	14 (17)	10 (14)	8 (15)	8 (17)
totaal	75	59	53	83	72	55	46

* Codes 1 tot en met 4 van categorie I.

Tabel 3. Het gemiddelde aantal gespreksstappen* per patiëntengroep (verdeling naar geslacht en leeftijd); tussen haakjes de procentuele verdeling (afgerond).

gespreks- element	mannen					vrouwen				
	0-15	15-25	25-45	45-65	65+	0-15	15-25	25-45	45-65	65+
1. patiënt spreekt over eerste klacht	16 (42)	21 (39)	26 (39)	28 (44)	29 (39)	21 (38)	17 (40)	30 (45)	31 (43)	22 (39)
2. arts spreekt 3. patiënt spreekt over tweede klacht	17 (45)	23 (43)	26 (39)	26 (41)	28 (37)	20 (36)	16 (37)	27 (41)	29 (40)	20 (36)
4. lichamenlijk onderzoek	2 (5)	2 (4)	4 (6)	2 (3)	8 (11)	1 (2)	2 (5)	1 (2)	2 (3)	3 (5)
	3 (8)	8 (15)	11 (16)	8 (13)	10 (13)	13 (24)	8 (19)	8 (12)	10 (14)	11 (20)
totaal	38	54	67	64	75	55	43	66	72	56

* Codes 1 tot en met 4 van categorie I.

Een duidelijk groter aantal gespreksstappen dan het gemiddelde beslaan de gesprekken met vrouwen van 65 jaar en ouder en de gesprekken met mannen van 45-65 jaar, respectievelijk 75 en 72 gespreksstappen. Voor de vrouwen van 65 jaar en ouder wordt een deel van de lengte van het gesprek verklaard door het grote aantal tweede klachten dat naar voren gebracht wordt: 8 tegenover gemiddeld 2.

In het algemeen zien we een stijging van het aantal gespreksstappen bij het toenemen van de leeftijd van de patiënten. Voor patiënten onder de 25 jaar komen we in totaal gemiddeld op circa 50 gespreksstappen, voor patiënten boven de 25 jaar komen we in totaal gemiddeld op circa 65 gespreksstappen.

Categorie II

Categorie II geeft informatie over het onderwerp van gesprek tussen de huisarts en de patiënt. Voor de coderingen zie het analysemodel. Tabel 4 toont het gemiddelde aantal gespreksstappen, berekend over alle gesprekken van de zeven huisartsen. De gegevens per huisarts worden in tabel 5 weergegeven. In deze tabel zijn de codegroepen

Tabel 4. Het gemiddelde aantal gespreksstappen van de huisartsen, gerubriceerd volgens categorie II.

tweede gespreks- element	eerste gespreks- element					
	1	2	3	4	5	9
1	15	4	< 1	3	< 1	< 1
2	4	12	< 1	2	< 1	< 1
3	< 1	< 1	< 1	< 1	-	-
4	4	2	< 1	17	< 1	< 1
5	< 1	-	-	-	< 1	-
9	< 1	-	-	-	-	-
totaal	24	19	1	23	1	1

3, 5 en 9 weggelaten omdat daarin relatief weinig gespreksstappen voorkomen.

Huisartsen en patiënten houden zich in het gesprek in belangrijke mate bezig met hetzelfde gespreksonderwerp. Frequent voorkomende gespreksstappen zijn 1-1, 2-2 en 4-4, respectievelijk sociale facilitatie, bespreken van de symptomen en oplossing van het probleem. Weinig komen gespreksstappen voor met een 3 of een 5, die duiden op de bespreking van sociale problemen en op persoonlijke interesse in de ander.

Uit tabel 5 blijkt dat per huisarts een verschillende verdeling over de gespreksonderwerpen valt waar te nemen. Bij de huisartsen 2 en 4 zien we dat meer dan een kwart van het gesprek in beslag genomen werd door sociale facilitatie (1-1) en het oplossen van het probleem (4-4). Bij deze twee huisartsen wordt bij het oplossen van het pro-

bleem niet meer teruggestapt naar de klacht (zie de lage scores voor 2-4 en 4-2). Huisarts 1 heeft een lage score bij het oplossen van de klacht (4-4) maar tijdens het bespreken van de oplossing maakt hij met zijn patiënten kennelijk nog wel eens een overstapje naar de lichamelijke klacht en doet hij relatief veel aan facilitatie (zie de scores 1-4, 4-1 en 2-4, 4-2). Ook huisarts 5 springt kennelijk veel heen en weer bij de bespreking van de klacht en de oplossing ervan (zie de hoge score bij 2-4 en 4-2). Huisarts 3 benadert het gemiddelde in deze groep.

De verdeling van de gegevens uit categorie II over de deelgroepen naar leeftijd en geslacht levert geen bijzondere gegevens op.

Categorie III

Categorie III is gericht op een aantal technische aspecten in het gesprek tussen huisarts en patiënt. Tabel 6 geeft het gemiddelde aantal gespreksstappen, berekend over alle gesprekken van de zeven huisartsen. De resultaten per huisarts worden weergegeven in tabel 7. Om een goed overzicht te krijgen zijn hier niet de tabellen met gespreksstappen opgenomen, maar zijn de gespreks-elementen per dimensie percentagegewijs weergegeven. Zo kunnen de verschillen tussen de huisartsen snel zichtbaar gemaakt worden.

Uit tabel 6 blijkt dat de huisarts en patiënt voornamelijk met elkaar praten via gespreksstappen, gekenmerkt door de elementen 3, 5 en 7. Samen vormen deze elementen 78 procent van alle gespreksstappen. Het gaat hier om de positieve gesloten vraag, de positie-

Tabel 5. Het gemiddelde aantal gespreksstappen per huisarts; tussen haakjes de procentuele verdeling (afgerond).

gespreksstap	huisarts						
	1	2	3	4	5	6	7
1-1. sociale facilitatie	13 (17)	17 (29)	9 (17)	22 (27)	14 (19)	8 (15)	9 (20)
2-2. bespreken van de klacht	12 (16)	9 (15)	8 (15)	9 (11)	9 (13)	17 (31)	16 (35)
4-4. oplossing van het probleem	7 (9)	10 (17)	12 (23)	20 (24)	10 (14)	18 (33)	13 (28)
1-2 en 2-1. facilitatie/klacht	10 (13)	6 (10)	6 (11)	9 (11)	8 (11)	6 (11)	3 (7)
1-4 en 4-1. facilitatie/oplossing	14 (19)	7 (12)	7 (13)	8 (10)	4 (6)	5 (9)	3 (7)
2-4 en 4-2. klacht/oplossing	9 (12)	2 (3)	2 (4)	6 (7)	17 (24)	0 (0)	1 (2)
andere combinaties	10 (13)	8 (14)	9 (17)	9 (11)	10 (14)	1 (2)	1 (2)
totaal	75	59	53	83	72	55	46

Tabel 6. Het gemiddelde aantal gespreksstappen van de huisartsen, gerubriceerd volgens categorie III.

		eerste gesprekelement							
		1	2	3	4	5	6	7	8
tweede gesprekelement	1	-	-	-	-	<1	-	1	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	<1	-	1	<1	1	<1	7	<1
	4	-	-	-	-	-	-	1	<1
	5	<1	-	1	-	4	<1	8	<1
	6	-	-	-	-	<1	-	<1	-
	7	2	-	10	<1	6	<1	21	1
	8	<1	-	<1	-	<1	-	1	-
totaal		3	-	13	1	12	1	40	2

Tabel 7. De aard van de uitspraken van de huisartsen (afgeronde percentages).

aard van de uitspraken	huisartsen							
	1	2	3	4	5	6	7	8
positief	94	95	93	99	99	100	94	
negatief	6	5	7	1	1	<1	6	
open	24	45	11	39	14	7	11	
gesloten	76	55	89	61	86	93	89	
vraag	22	22	16	12	21	28	27	
uitspraak	78	78	84	88	79	72	73	

ve open uitspraak en de positieve gesloten uitspraak.

De huisartsen 2 en 4 vallen op door hun grote percentage gesprekelementen dat de codering „open” heeft gekregen, respectievelijk 45 procent en 39 procent. Huisarts 6 heeft het laagste percentage gesprekelementen met de codering „open”, namelijk 7 procent. De huisartsen 6 en 7 hebben relatief veel gesprekelementen met een vraagvorm, respectievelijk 28 procent en 27 procent. Huisarts 4 scoort hier het laagst wat betreft het aantal gesprekelementen met een vraagvorm, namelijk 12 procent.

Ten aanzien van de dimensie positief-negatief vinden we geen significante verschillen tussen de huisartsen onderling.

De resultaten per deelgroep naar geslacht en leeftijd leveren geen bijzondere gegevens op.

Categorie IV

In categorie IV is eerst gekeken of de klachten van de patiënten beschouwd konden worden als somatisch of psycho-emotioneel; verder is een onderverdeling aangebracht tussen spontaan geuite klachten en klachten, opgeroepen door een gerichte vraag van de huisarts.

Het blijkt dat vrijwel alle klachten gescoord werden als somatisch en waren

opgeroepen door een gerichte vraag van de huisarts. In het scoringssysteem bleek dit ook expliciet aangegeven; alleen als geen lichamelijke verschijnselen genoemd werden, mocht de score psycho-emotioneel worden toegekend. Op deze manier verdwenen de psychosomatische klachten in de groep van de somatische klachten.

Hetzelfde geldt voor het toekennen van de score „spontaan gebrachte klacht”. In vrijwel alle gevallen was er wel een vraag in algemene termen aan het brengen van de klacht voorafgegaan. De instructie voor de scoring van deze categorie moet herzien worden, wil men tot bruikbare resultaten kunnen komen.

Daarnaast is in categorie IV gekeken in welke richting de huisarts de oplossing van het probleem zoekt. Het blijkt dat hij in 80 procent van de gevallen tot medicatie besluit. Tussen de huisartsen onderling vinden we op dit punt geen belangrijke verschillen. Wel hebben we bij de bewerking van de gesprekken de indruk gekregen dat er tussen de huisartsen belangrijke verschillen bestaan in de aard van de medicatie en in het aantal recepten per patiënt. Het scoringssysteem voorziet echter niet in een notatie van deze gegevens zodat wij momenteel onze indruk niet kunnen staven.

Ongeveer 20 procent van de patiënten wordt verzocht terug te komen. Bemoeiding, informatie en advisering vinden we in 25 procent van de gesprekken. De huisarts zegt slechts incidenteel „Ik weet het niet” tegen zijn patiënten terwijl in deze groep een kleine 5 procent van de patiënten verwezen wordt.

De validiteit van het scoringssysteem

Op basis van het scoringssysteem is het mogelijk te komen tot een algemene omschrijving van het gesprek tussen huisarts en patiënt. Van de zeven huisartsen die deelnamen aan het onderzoek kan globaal het volgende beeld worden gegeven:

- het gemiddeld aantal gespreksstappen van huisarts en patiënt bedroeg 65; hiervan handelden er 52 over de feitelijke klacht en 9 hadden betrekking op het lichamelijke onderzoek;
- de sociale facilitatie speelt in het gesprek een belangrijke rol, een derde van de gesprekelementen valt onder dit hoofd te rangschikken;
- de oplossing van het probleem omvat ook ongeveer een derde van de gespreksstappen;
- de feitelijke klacht komt iets minder

vaak aan bod, een kwart van het gesprek is hieraan gewijd;

- in het gesprek worden door huisarts en patiënt veel tot zeer veel positieve uitspraken gedaan;

- negatieve uitspraken komen zelden voor terwijl er relatief weinig vragen worden gesteld door arts en patiënt.

Per arts kan men een meer specifieke omschrijving van de gespreksstijl geven. Wanneer we bijvoorbeeld huisarts 4 nader beschrijven, komt het volgende beeld naar voren:

- veel uitspraken per gesprek;
- 80 procent van het gesprek handelt over de klacht en het lichamenlijk onderzoek beslaat 16 procent van de tijd;
- relatief veel aandacht wordt besteed aan facilitatie en het oplossen van het probleem;

- relatief weinig aandacht wordt gegeven aan het bespreken van de klacht;
- ruim een derde van de gesprekelementen zijn „open” uitspraken.

De beschrijving van het gedrag van de groep in het algemeen en de persoonlijke beschrijving van elk der aan het onderzoek deelnemende huisartsen afzonderlijk werd door de groep in een groepsbespreking als duidelijk herkenbaar en zinvol ervaren.

Discussie

Met het hier beschreven onderzoek is een poging gedaan een betrouwbaar analysemodel te ontwikkelen voor de beschrijving van het gesprek tussen huisarts en patiënt. De beginsituatie van de arts-assistent in opleiding tot huisarts is met dit systeem te omschrijven. Tevens is meetbaar hoe de huisartsopleider het gesprek met zijn patiënt voert.

Het is nu mogelijk met huisartsopleider en arts-assistent over hun gespreksgedrag te spreken en te bezien in hoeverre dit, gegeven de beschikbare consulttijd, naar hun eigen mening verbetering behoeft (bijvoorbeeld door het stellen van open versus gesloten vragen, meer sociale facilitatie en dergelijke). Wij kunnen dan met de beschrijving van de huidige stand van zaken aangeven en specificeren welke opleidingsdoelen we bij de arts-assistenten willen bereiken. We bepalen samen met de huisartsopleider en de arts-assistent het eindniveau dat zij in het onderwijs in de gesprekstechniek willen bereiken, bij voorkeur uitgeschreven in meetbare vaardigheden. De docent/psycholoog is dan in staat het onderwijsprogramma waarin de onderwijsprocedure beschreven wordt, samen te

stellen. Aansluitend is het mogelijk met het analysemodel de beschreven vaardigheden te toetsen en de arts-assistent zijn of haar vorderingen te laten zien. Een nadeel van het beschreven model ligt besloten in het arbeidsintensieve uitschrijven van gesprekken. Dit kan echter zeer wel door de arts-assistent zelf worden gedaan met eigen of andere op de band opgenomen gesprekken. De groep arts-assistenten in opleiding tot huisarts zou direct bij het begin van de opleiding met dit systeem kunnen beginnen om de nodige vaardigheden in de beoordeling van gesprekken op te doen.

De methode is een bijdrage tot een verdere uitwerking van het onderwijs in de gesprekstechniek gedurende de beroepsopleiding tot huisarts.

Samenvatting. Beschreven wordt de ontwikkeling van een systeem voor scoring en bewerking van het gesprek tussen huisarts en patiënt. De betrouwbaarheid en de face validity van het systeem worden onderzocht. De betekenis voor het onderwijs in de gespreksvoering bij de beroepsopleiding tot huisarts wordt besproken.

Summary. The family doctor-patient interview. An analytical model. This paper describes the development of a system for the scoring and elaboration of the doctor-patient interview. The reliability and face validity of the system are examined. The significance for instruction in interview techniques in the context of the professional training for general practice is discussed.

Dorp, C. van. Luisteren naar patiënten. Een analyse van het medisch interview. De Tijdstroom, Lochem, 1977.

Katz, E., M. Gurevitch, T. Peled and D. Donet (1969) Hum. Relat. 22, 309-324.

Lidh de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. De ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.

McKinney Adler, L. and A. J. Enelow (1966) J. med. Educ. 44, 281-288.

McKinney Adler, L., J. E. Ware and A. J. Enelow (1970) J. med. Educ. 45, 21-28.

Morrison, A. and M. Cameron-Jones (1972) Brit. J. med. Educ. 6, 125-132.

Rapport van de interfacultaire werkgroep specifieke opleiding huisartsen. S.O.H., Rotterdam, 1975.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 128

huisarts & praktijk

Schouderklachten*

Schouderklachten komen veelvuldig voor. Tijdens het bevolkingsonderzoek dat Valkenburg en medewerkers recent in Zoetermeer verrichtten werden 4695 personen onderzocht van wie 15 procent van de vrouwen en 10 procent van de mannen schouderklachten had. Van de door de huisartsen naar onze polikliniek verwezen patiënten heeft 10 procent klachten van een of beide schouders. Driekwart van hen heeft een intrinsieke schouderaandoening, dat wil zeggen een in het schoudergewricht gelegen afwijking; in ongeveer 5 procent zijn de schouderklachten onderdeel van een gegeneraliseerd gewrichtslijden; bij de overige 20 procent is sprake van in de schouder uitstralende pijn ten gevolge van aandoeningen elders (extrinsieke schouderaandoening).

Anamnese en lokalisatie van de klachten

Met behulp van de anamnese kunnen met een grote trefzekerheid de intrinsieke van de extrinsieke schouderaandoeningen worden onderscheiden. De eerste en belangrijkste vraag die aan de patiënt moet worden gesteld, is: „Waar zit de pijn?'' Indien de patiënt pijn aan geeft in de bovenste helft van de bovenarm, het gebied bedekt door de musculus deltoideus, heeft men met een intrinsieke schouderaandoening te maken. De grootste groep intrinsieke

kylopoëtica (Morbus Bechterew) en andere collageenziekten, alsmede bij een septische arthritis en metastasen in de humeruskop, cavum glenoidalis, acromion en het laterale gedeelte van de clavicula. Bij deze laatste aandoeningen kan tevens de plaats van de laesie of de gehele schouder diffuus pijnlijk zijn. Van de 650 personen die bij het bevolkingsonderzoek in Zoetermeer schouderklachten aangaven had circa 50 procent nekpijn, die in het schoudergebied uitstraalde en soms meer distaal in de arm werd aangegeven. Er kunnen dan

PROF. DR. A. CATS**

schouderaandoeningen wordt samengevat onder de naam periathritis humeroscapularis. Daarnaast wordt ook pijn in het deltoideus-gebied aangegeven bij ontstekingen van het schoudergewricht, zoals deze worden gezien bij rheumatoïde arthritis, spondylitis an-

* Lezing, gehouden op 4 november 1977 in het kader van een reumasymposium van de Erasmus Universiteit te Rotterdam onder auspiciën van de G. J. Mulder Stichting.

** Afdeling Reumatologie Academisch Ziekenhuis Leiden.

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

Schouderklachten 128

afwijkingen in het laag cervicale gebied (C4-C5, C5-C6) zijn.

In het schoudergebied, maar buiten de musculus deltoideus gelokaliseerde pijn, is vrijwel steeds „referred pain'' of berust op lokale spierpijn. Wanneer de pijn in het trapeziusgebied eenzijdig wordt aangegeven, moet diafragma- of pleuraprikkeling, zoals bij longembolie, pleuritis, pericarditis of maagperforatie voorkomt, ernstig worden overwogen, alsmede doorgroei van een