

Patiënt en huisarts in gesprek

Een analyse van de inhoud en het communicatieve verloop van consulten over nieuwe klachten

J. F. M. THOMASSEN EN F. J. M. WOLTRING*

Het spreekuurcontact tussen patiënt en huisarts kan men beschouwen als een knooppunt waar de verbinding wordt gelegd tussen de beleving van ziekte en gezondheid en het kennisgebied van de geneeskunde. Het leggen van die schakel is een van de kernproblemen in de eerstelijns geneeskunde: het heeft verstrekende gevolgen voor onder meer het verdere ziektegedrag van de patiënt, het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen en de kwaliteit van de hulpverlening. Deze overwegingen vormen de achtergrond van een onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, waarbij het begrip *verbale correspondentie* centraal staat. In deze bijdrage wordt ingegaan op de inhoudelijke aspecten van de verbale correspondentie.**

Inleiding

Met verbale correspondentie wordt bedoeld: de mate waarin het verbale gedrag van de huisarts aansluit bij het verbale gedrag van de patiënt.

In de literatuur over de communicatie tussen huisarts en patiënt ontbreekt een systematische analyse van deze verbale correspondentie. Er zijn echter wel aanwijzingen voor het bestaan van problemen op dit punt. Zo concludeert *Bain* dat de huisarts bij strikt medische kwesties het grootste deel van het gesprek het initiatief neemt, terwijl de patiënt eerder zaken van niet puur medische aard ter sprake brengt. De huisarts zou zich vooral bezighouden met het verzamelen van feitelijke gegevens, de interpretatie van „symptoms and signs” en het vinden van een diagnose, terwijl de patiënt voornamelijk overweegt welke consequenties de bevindingen van de dokter hebben voor zijn persoonlijk leven.

Fitton and Acheson signaleren een divergentie in de denkbeelden van arts en patiënt over de aard en ernst van de

klacht, wat invloed kan hebben op de communicatie. Ook tussen de verwachtingen van de patiënt en hetgeen de huisarts denkt dat verwacht wordt, zouden verschillen bestaan. Deze komen door het „kameleongedrag” van de patiënt weinig ter sprake. *Bennet* stelt dat de patiënt geconditioneerd wordt, zonder dat arts of patiënt zich dit realiseren. Bepaalde opmerkingen van de patiënt worden „beloond” met aandacht, andere worden „afgehouden”, doordat er niet op ingegaan wordt. In een recent artikel laten *Bensing en Verhaak* zien, dat sturend gedrag van de huisarts samenhangt met diens beoordeling van de klacht. Vooral bij psychosociaal geachte onderwerpen is de huisarts meer geneigd tot aanzwengelen en interpreteren.

Deze gegevens roepen de vraag op, hoe de huisarts zijn verbale gedrag afstemt op dat van de patiënt. Die afstemming lijkt van wezenlijk belang, wil de geboden hulp aansluiten bij de behoeften van de patiënt.

Uitgangspunten en vraagstelling

In deze bijdrage beperken wij ons tot een analyse van de inhoudelijke aspecten van de verbale correspondentie. Het doel van deze analyse is tweeledig: – het schetsen van een beeld van de wijze waarop patiënten hun beleving

van ziekte en gezondheid verwoorden; – het verwerven van enig inzicht in de mate waarin en de wijze waarop de huisarts zijn „taalhandelen” op die verwoording afstemt.

Behalve op methodisch-technische principes (*Herbert and Attridge; Holsti; Sackett*) is deze analyse vooral gebaseerd op drie uitgangspunten:

- We hebben een uitwerking willen geven van de notie dat spreekuurcontacten vaak een aantal, op zichzelf staande gespreksthemata's omvatten. De aanleiding(en) of reden(en) om het spreekuur te bezoeken, kunnen zeer uiteenlopend van aard zijn (nieuwe of reeds bestaande klachten, vragen om medisch-administratieve dienstverlening, periodieke controles, klachten van derden). Door het variërend aantal gespreksthemata's en de diversiteit daarvan, zijn spreekuurconsulten naar hun inhoud moeilijk vergelijkbaar. Ons onderzoek beperkt zich tot de analyse van gesprekken over nieuwe klachten.

- De gespreksinhoud wordt geclassificeerd vanuit één gezichtspunt, van waaruit zowel de uitingen van de huisarts als die van de patiënt goed te plaatsen zijn: de klacht als centraal gespreksthemata. Wat ter sprake komt, kan steeds gezien worden als de bespreking van de klacht naar een bepaald aspect dat voor (een van) beide gespreksdeelnemers een zekere relevantie heeft. Aspecten die regelmatig onderwerp van gesprek zijn in consulten over nieuwe klachten, zijn te groeperen in acht categorieën, aan de hand waarvan de gespreksinhoud te beschrijven is.

- Wij maken gebruik van een symmetrische analysemodel. Hierin wordt uitgegaan van volstrekte wederkerigheid in het gesprek en een principiële gelijkwaardigheid van de inbreng van beide gesprekspartners. Met zo'n schema is eventuele asymmetrie beter in kaart te brengen, dan wanneer bij voorbaat wordt uitgegaan van een ongelijkwaardige, complementaire of gedifferentieerde inbreng van de gespreksdeelnemers.

De wijze waarop de patiënt ziekte en gezondheid beleeft, is niet direct waarneembaar. Wel kunnen we aannemen dat wat de patiënt uit zichzelf tegenover de dokter over zijn klacht ter sprake brengt, weerspiegelt wat hem op dat moment bezighoudt, en wat dus in het kader van de hulpvraag van belang moet worden geacht (*Holten-Vriesema; Ter Braak*).

* De auteurs zijn als respectievelijk socioloog en arts werkzaam in de sectie Onderzoek van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

** Aan het begrip verbale correspondentie kunnen drie aspecten worden onderscheiden, al naar gelang het om de inhoud, functie of vorm van verbale uitingen gaat. Deze drie aspecten worden in hun onderlinge samenhang onderzocht in een overkoepelend onderzoeksproject van het HIVU.

Klacht is in dit verband een belangrijk begrip, dat veelvuldig in de literatuur wordt gebruikt, maar zelden wordt omschreven. De definities die gehanteerd worden, variëren van strikt medisch tot ruim fenomenologisch. In het eerste geval komt „klacht” vrijwel overeen met „symptoom”, in het tweede geval worden aan een klacht drie functies onderscheiden: een expressieve, een appellerende en een naar de werkelijkheid verwijzende functie (*Brouwer; Meijer; Aakster; Bremer*). Voor ons onderzoek hanteren wij een definitie van het begrip klacht, waarin de terminologie van de patiënt centraal staat. Wij verstaan onder klacht: uitingen van de patiënt over gewaarwordingen of waarnemingen die beschreven worden als (indicaties van) lichamelijke afwijkingen of stoornissen in het functioneren.

Op basis van onze algemene doelstelling hebben wij een viertal onderzoeksvragen geformuleerd:

– welke aspecten van de klacht beschrijft de patiënt in de loop van het consult?

– op welke aspecten legt hij het accent?

– op welke aspecten van de klacht gaat de huisarts in en op welke niet?

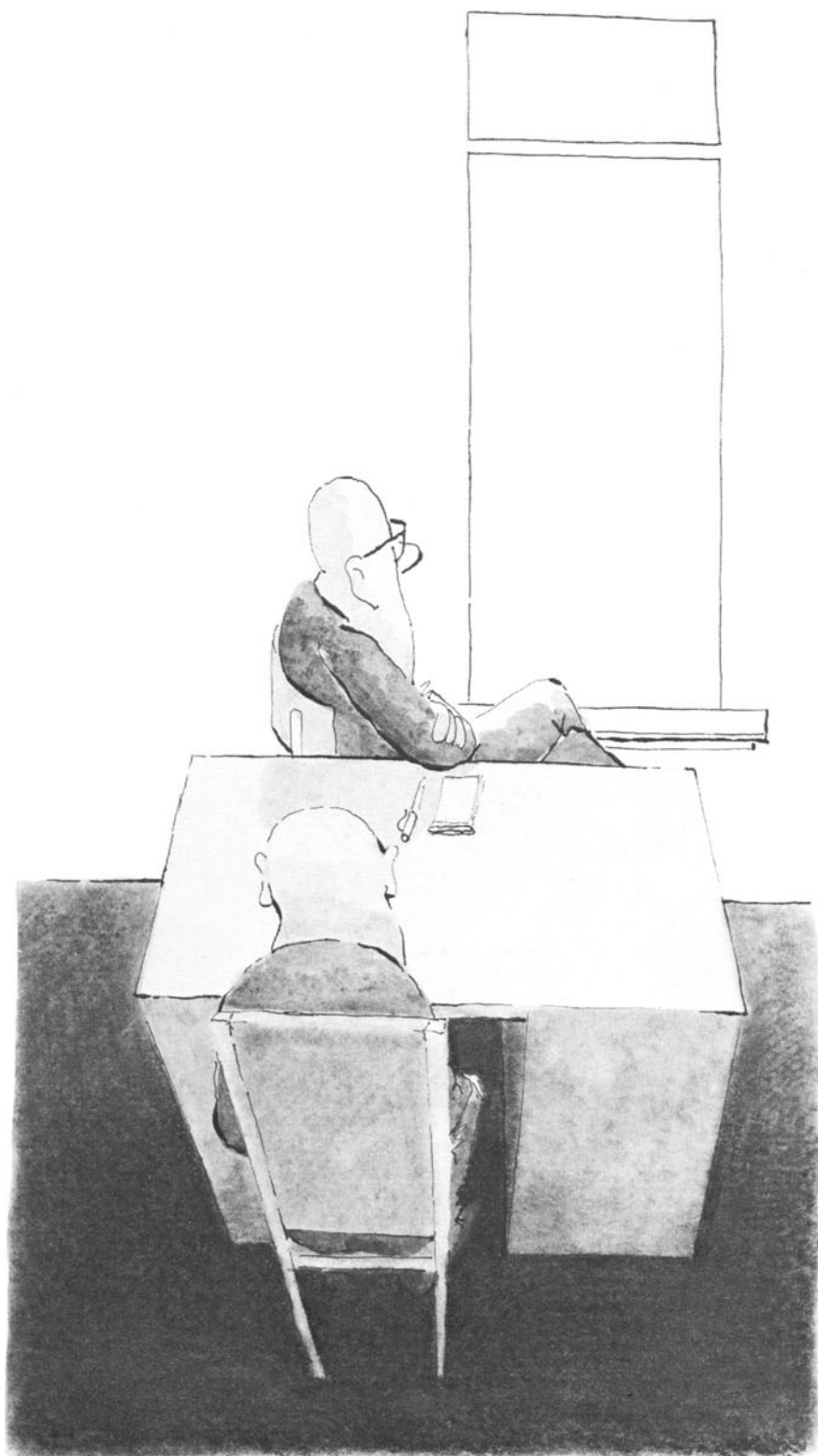
– over welke aspecten initieert de huisarts een gesprek en over welke niet?

Door te letten op de aspecten die door de patiënt benadrukt worden, kan men een indruk krijgen waarvoor de patiënt de aandacht van de dokter vraagt. Een analyse van de manier waarop de huisarts daarop ingaat, maakt het mogelijk na te gaan in hoeverre het verbale gedrag van de huisarts inhoudelijk aansluit bij het verbale gedrag van de patiënt. Aldus kan onderzocht worden, hoe en in welke opzichten de verbale correspondentie te optimaliseren is.

Onderzochte consulten

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn spreekuurcontacten geanalyseerd van zestien huisartsen in Amsterdam en Rotterdam. Deze huisartsen waren allen deelnemers aan het eerder beschreven TRIPT-project (*Thomassen*); zij vormen een willekeurige groep uit de verzameling van 212 huisartsen die ten minste twee jaar en ten hoogste tien jaar in een van beide steden gevestigd waren.

Van hun spreekuurcontacten zijn integrale audio-opnamen gemaakt. Alle contacten waarbij een individuele, Nederlands sprekende patiënt in de leeftijdsgroep van 17-65 jaar het spreekuur bezocht met een nieuwe klacht, werden



'T IS ME WAT, MENEER SMIT

uit het beschikbare materiaal geselecteerd voor onderzoek. Nieuw is in dit verband een klacht die niet eerder – in de voorafgaande drie weken – onderwerp van gesprek is geweest tussen patiënt en huisarts, en waarvan de huisarts niet vooraf op de hoogte was.

Onze keuze voor consulten over een nieuwe klacht berust op de indruk, dat dergelijke consulten completer zijn dan vervolggconsulten. *Ten Have* stelt dat vervolggconsulten verschillen van gesprekken waarin een nieuwe klacht te berde wordt gebracht, doordat bepaalde fasen overgeslagen of slechts aangestipt kunnen worden. Volgens *Boreham and Gibson* hebben consulten over een nieuwe klacht zelfs een totaal ander verloop dan vervolggconsulten. *Themans* tenslotte stelt vast dat de patiënt een zeer gering aantal uitspraken (gemiddeld vier) doet over zijn tweede en volgende klacht(en).

Twee derde van alle opgenomen spreekuurcontacten (635) bleek aan de gestelde criteria te voldoen. Uit deze deelverzameling werden per huisarts aselect vijf contacten gekozen en deze contacten werden uitgewerkt tot letterlijke transcripten, die het basismateriaal vormden voor onze analyse.

In elk transcript ($n = 80$) zijn de op zichzelf staande gespreksonderwerpen die de patiënt in de loop van het spreekuurcontact naar voren bracht, opgespoord. Deze zogenaamde *entrees* fungeerden als ordeningsprincipe voor het vaststellen van de structuur en opbouw van de contacten. Het geregistreerde verbale gedrag en alle handelingen en gebeurtenissen tijdens het contact die in direct verband staan met één bepaalde entree, vormen in het kader van dit onderzoek een geheel, dat verder wordt aangeduid als „consult”.

De onderzochte contacten telden elk een tot vijf consulten. In totaal gaat het om 137 consulten, waarvan er 101 op een nieuwe klacht betrekking hadden en 36 op een ander onderwerp (reeds langer bestaande klachten, vragen om medisch-administratieve dienstverlening, periodieke controles of klachten over derden). Binnen elk spreekuurcontact werd het consult over de eerst aangeboden nieuwe klacht geselecteerd voor analyse.

Over het geheel genomen weerspiegelen de geselecteerde klachten het normale spreekuraanbod. Het grootste deel van de klachten – 60 procent – werd gepresenteerd in de vorm van gelokaliseerde maar subjectieve ervaringen van de patiënt zoals pijn, tintelingen of

kramp in handen, hoofd of rug; 30 procent betrof gelokaliseerde, direct waarneembare afwijkingen (opgezette hand, huiduitslag, rood oog enzovoort); 8 procent verwees naar subjectieve, niet direct te lokaliseren ervaringen van de patiënt (moe, lusteloos, gespannen, zwak, gebrek aan eetlust enzovoort); 2 procent betrof wél direct objectieveerbare maar niet gelokaliseerde stoornissen (koorts, vermagering enzovoort).

Het opsporen van entrees en het markeren van consulten in de transcripten gaf een hoge mate van intersubjectieve betrouwbaarheid te zien. De verschillen in beoordeling tussen twee onafhankelijke beoordelaars was miniem: bij het opsporen van entrees in minder dan 1 procent van de gevallen verschil; bij het markeren van consulten in minder dan 5 procent van de gevallen verschil ($n = 137$).

Gesprekselementen

Het gesprek tussen huisarts en patiënt kan beschouwd worden als een reeks gespreksbeurten, die gemarkeerd worden door direct waarneembare gedragsveranderingen (overgangen tussen spreken en niet-spreken). De verzameling verbale uitingen binnen één gespreksbeurt noemen we een *verbale actie*. De opeenvolging van gespreksbeurten kan onderbroken worden, wanneer het door de toehoorder verwachte spreken uitblijft („gemarkeerd zwijgen”). In ons materiaal heeft dit zich slechts eenmaal voorgedaan, op een totaal van 4604 verbale acties. Interrupties – gelijktijdig spreken – konden worden uitgelegd als een opeenvolging van zeer korte spreekbeurten.

Bij elk gesprekselement zijn drie kenmerken onderscheiden:

- initiatief (wie is aan het woord?);
- gespreksinhoud (waar gaat het over?);
- betrekking (de verhouding tot de voorafgaande c.q. volgende gespreks-eenheid).

Initiatief. Het eerste kenmerk werd direct afgelezen uit het transcript, waarin het verbale gedrag van huisarts en patiënt in afzonderlijke kolommen is weergegeven.

Gespreksinhoud. Ten behoeve van de inhoudsanalyse van verbale acties is in een vooronderzoek een classificatieschema ontwikkeld (*Woltring*). Aan dit schema ligt het uitgangspunt ten grondslag dat wat in het consult wordt besproken, gezien moet worden in rela-

tie tot de klacht van de patiënt. Dit schema bestaat uit acht elkaar uitsluitende categorieën (*tabel 1*):

S. Sensatie: uitingen met betrekking tot de aard, duur, intensiteit, regelmaat of frequentie van lichamelijke verschijnselen die de patiënt als afwijkend waarneemt of opmerkt (klacht in enge zin): „Ik heb de laatste dagen zo’n vreselijke last van jeuk”, „Ik voel me nogal gespannen de laatste tijd”, „U hebt dan het gevoel dat u in een draaimolen zit?”.

L. Lokalisatie: uitingen met betrekking tot de plaats (organen, lichaamsdelen) waar lichamelijke verschijnselen zich voordoen of opgemerkt worden: „in mijn keel”, „in mijn hoofd”, „waar zit het precies?”.

V. Verloop: uitingen die veranderingen in gewaarwordingen en waarnemingen van de patiënt in de tijd betreffen: „Sinds de laatste dagen is het erger geworden”, „In het weekend was het wat rood, daarna kwamen er allemaal bultjes”, „Het lijkt wel of het wat slijt de laatste week”.

C. Conditie: uitingen betreffende specifieke externe of interne condities waaronder de patiënt lichamelijke verschijnselen, toestanden of processen bemerkt: „Als ik mijn arm zo draai”, „Telkens als ik veel gegeten heb”, „Bij het zitten (staan, lopen, bukken, tillen, slapen, slikken)”, „’s Zomers heb ik het niet zo erg als ’s winters”, „U hebt het vooral bij het opstaan?”.

A. Achtergrond: uitingen waarin verwezen wordt naar gebeurtenissen en omstandigheden die (noch in oorzakelijke zin, noch als consequentie) als achtergrond van gewaarwordingen en waarnemingen van de patiënt daarmee verbonden zijn: „We zitten midden in de verhuizing”, „Nu de kinderen het huis uit zijn”, „...en mijn man zit al acht weken in de ziektewet”.

O. Oorzaak: uitingen over omstandigheden of gebeurtenissen die expliciet als mogelijke of feitelijke oorzaak worden beschreven van hetgeen de patiënt waarneemt of gewaar wordt: „Het heeft misschien met die scheiding te maken”,

Tabel 1. De acht inhoudscategorieën.

S	– sensatie
L	– lokalisatie
V	– verloop
C	– conditie
A	– achtergrond
O	– oorzaak
G	– gevolg
Z	– (zelf)behandeling

„Zou die verandering op het werk daar iets mee te maken hebben?“, „Het komt, ik heb een hele tros druiven gegeten“, „Het zal wel van die schoenen komen“.

G. Gevolg: uitingen waarin gerefereerd wordt aan de consequenties die de ervaren verschijnselen hebben voor het functioneren van de patiënt en/of van zijn omgeving: „... en daardoor heb ik minder zin in dat huishoudelijke werk“, „... en omdat ik voor mijn werk moet autorijden, is dat behoorlijk lastig“, „Ik sta de hele dag voor de klas, dus dat is wel moeilijk met die voeten“.

Z. (Zelf)behandeling: uitingen die informatie geven of vragen over wat de patiënt doet, kan doen of heeft gedaan om de waargenomen verschijnselen te voorkomen of op te heffen: „Ik heb al een paar keer een rode lamp geprobeerd“, „Als ik goed oplet met het kopen van schoenen, scheelt het wel“, „Ik zal u wat pillen meegeven voor...“, „Hebt u er zelf al wat aan gedaan?“, „Die lotion moet u zeker niet gebruiken“, „Een paar avonden vroeg naar bed helpt natuurlijk ook“.

De tachtig onderzochte consulten telde in totaal 4604 verbale acties. Bij 78 procent van deze gesprekseenheden ging het om een of meer van deze klachtaspecten. In de overige gevallen ging het om verbale acties die bestonden uit inhoudsloze eenwoord-uitingen (14 procent) of om conversatie waarin een relatie met het centrale thema (de klacht) ontbrak (8 procent). De intersubjectieve betrouwbaarheid bij de beoordeling van klachtaspecten

als onderwerp van gesprek bleek groot tot zeer groot. De overeenstemming tussen onafhankelijke beoordelaars die elk tien proefconsulten scoorden (488 beoordelingen) varieerde van 91 tot 99 procent. Gecorrigeerd voor de kans op toevallige overeenstemming bleek de intersubjectieve betrouwbaarheid (Cohen's kappa-Hollenbeck) voor de onderscheiden aspecten te variëren van .75 (verloop) tot 1.00 (lokalisatie en zelfbehandeling).

Betrekking tussen gesprekseenheden.

Bij de inhoudsanalyse van verbale acties is gebruik gemaakt van een reactief gespreksmodel (*schema*). Volgens dit model kan elke verbale actie in een gesprek in principe twee functies vervullen: een responsfunctie ten aanzien van de voorgaande verbale actie en een openingsfunctie voor de volgende verbale actie. In een verbale actie is sprake van een *opening* indien en voor zover de spreker uit zichzelf informatie aanbiedt of vraagt over een bepaald aspect van de klacht. Daarmee beperkt hij de verbale gedragsalternatieven van de ander tot een zeker *responsveld*: uitingen over dit klachtaspect, waarin acceptatie/afwijzing c.q. het geven/weigeren van die informatie tot uitdrukking komt. Een opening omvat derhalve uitingen die een begrenzing geven van het responsveld van de volgende actie. Daarnaast is in een verbale actie een *respons* aanwezig, indien en voor zover er uitingen in voorkomen die vallen binnen het responsveld dat door de vorige verbale actie is begrensd.

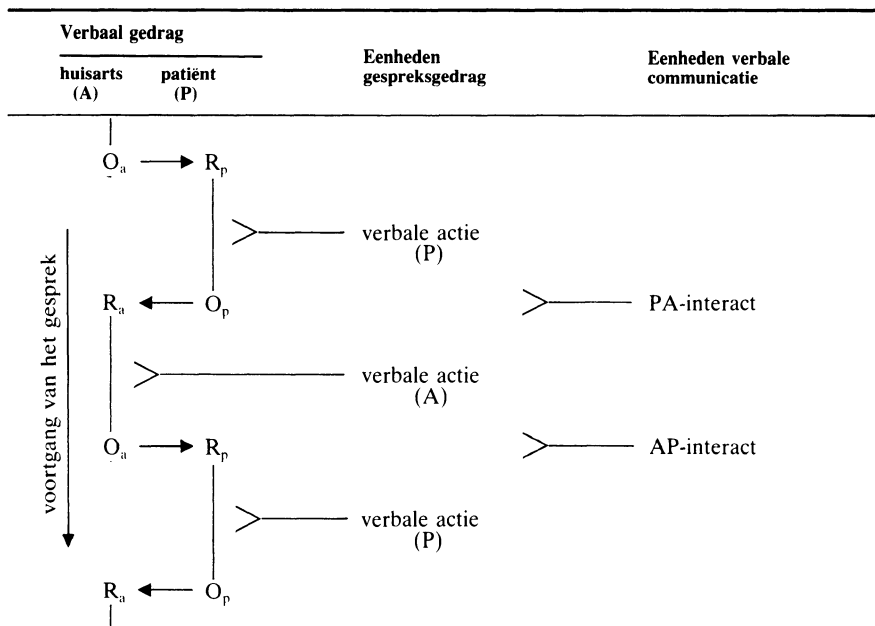
Binnen een interact – de kleinste een-

heid van communicatie, bestaande uit twee opeenvolgende verbale acties (*Katz; Coulthard and Ashby*) – bestaat inhoudelijke, verbale aansluiting, wanneer in de eerste verbale actie een opening wordt gegeven, en die opening wordt gevolgd door een respons in de tweede verbale actie. Verbale correspondentie ontbreekt, wanneer de tweede spreker niet ingaat op hetgeen door de eerste ter sprake is gebracht (non-respons), of als de eerste spreker zich onthoudt van een responsveld-begrenzing (*closure*).

Bij de beschrijving van de gespreksinhoud van consulten en van de huisarts-patiënt communicatie over die inhoud, zullen we ons baseren op de verbale acties waarin een klachtaspect onderwerp van gesprek is, en op de interacten waarbinnen verbale correspondentie bestaat. Hiertoe hebben wij vier maten ontwikkeld, waarin verloop en inhoud van het gesprek worden weergegeven. Deze maten zijn per consult voor de huisarts en voor de patiënt afzonderlijk per klachtaspect bepaald: Aspectfractie, Openingsratio (O-ratio), Responsratio (R-ratio) en Respons-Openingsindex (RO-index).

- **Aspectfractie:** de proportie verbale acties waarin de gespreksdeelnemer over het betreffende klachtaspect spreekt. Deze waarde geeft aan, hoe belangrijk het betreffende klachtaspect als onderwerp van gesprek is, gelet op de frequentie waarmee er over gesproken wordt.
- **O-ratio:** de proportie verbale acties over een klachtaspect waarin een gespreksdeelnemer opent. In deze waarde komt tot uitdrukking hoe sterk de spreker geneigd is, bij het praten over een klachtaspect, het responsveld van de ander tot dit aspect te beperken.
- **R-ratio:** de proportie openingen van een gespreksdeelnemer waarop de ander een respons geeft. Deze waarde beschrijft de kans op verbale correspondentie in een interact.
- **RO-index:** de proportie respons van een gespreksdeelnemer waarop een

Schema. Reactief gespreksmodel voor de analyse van huisarts-patiënt communicatie.



O_a: opening huisarts; R_p: respons patiënt; O_p: opening patiënt; R_a: respons huisarts.

Dit model is onder meer geïnspireerd door de formele interactietheorieën van *Collins and Collins*, sociolinguïstische noties omtrent communicatief taalhandelen, zoals te vinden bij *Appel e.a.*, en een door *Speier* uitgewerkte symbolisch-interactionistische visie op communicatie.

opening van zijn kant over het betreffende klachtaspect volgt. Deze waarde beschrijft de kans dat de spreker na het geven van een respons zelf op het betreffende klachtaspect doorgaat.

Resultaten

Bij de bespreking van de resultaten beperken we ons tot de grote lijnen. We beschrijven niet de kenmerken van afzonderlijke consulten of het gespreksgedrag van individuele huisartsen maar beperken ons tot een algemeen beeld van het huisarts-patiënt gesprek op basis van waargenomen centrale tendenties in de verzameling meetwaarden van de afzonderlijke consulten.

Algemene gesprekskenmerken. Een consult beslaat gemiddeld 58 verbale acties. Huisarts en patiënt zijn ieder 29 keer aan het woord. In totaal wordt 67 keer over een aspect van de klacht gesproken. Beide gespreksdeelnemers doen dit nagenoeg even vaak.

Gelet op de frequentie waarmee de diverse aspecten besproken worden, blijkt dat de inhoud van het gesprek voor een belangrijk deel bepaald wordt door S – sensitatie, Z – (zelf)behandeling, en in mindere mate L – lokalisatie (tabel 2). Uit deze gegevens komt het beeld naar voren van een gesprek dat primair is gericht op informatieuitwisseling over de precieze aard van de gewaarwordingen en waarnemingen van de patiënt – de klacht in enge zin – en over handelingen ter beïnvloeding van de ervaren verschijnselen – de behandeling.

Als we de relatief frequent waargenomen aandacht voor de lokalisatie van lichamelijke verschijnselen in dat beeld betrekken, ontstaat de indruk dat in de onderzochte consulten een sterk objectiverende tendens bestaat: subjectieve ervaringen van de patiënt worden besproken als te lokaliseren lichamelijke verschijnselen die beïnvloed moeten

Tabel 2. Gemiddelde proportionele verdeling van klachtaspecten als onderwerp van gesprek ($n = 67$) in een consult.

Klachtaspecten	Gemiddelde proportie
S – sensitatie	.31
L – lokalisatie	.17
V – verloop	.05
C – conditie	.05
A – achtergrond	.12
O – oorzaak	.07
G – gevolg	.01
Z – (zelf)behandeling	.22

worden. Zo is de kans dat in een willekeurige verbale actie informatie wordt gegeven of gevraagd over wat de patiënt voelt of merkt, waar die ervaring in het lichaam gelokaliseerd is, of wat daar aan gedaan moet worden (70 procent), ruim twee maal zo groot als de kans dat de persoonlijke omstandigheden van de patiënt (A), de oorzaken van diens klacht (O), de gevolgen die de patiënt daarvan ondervindt (G), de condities waaronder klachten optreden (C), of de veranderingen die zijn opgetreden (V) ter sprake zijn (30 procent).

Opvallend is dat het gaat om drie aspecten die de eerder gesignaleerde objectiverende gesprekstendens bepalen; onderwerpen ook ten aanzien waarvan de patiënt het minst de neiging heeft tot een eigen inbreng. De hoge respons van de dokter op juist deze aspecten wijst op een zekere preoccupatie van zijn kant met wat de patiënt heeft, waar 't zit en vooral wat er mee gedaan moet worden: een relatief grote verbale aandacht voor diagnostisch-therapeutisch relevante inbreng van de patiënt en een relatief geringe verbale aandacht voor beleevingsaspecten die de patiënt inbrengt. Dit sluit aan bij de bevindingen van Hageman-Smit, die constateerde dat vóór alles de medische interpretatie van de vraag van de patiënt in het consult centraal lijkt te staan, en dat in de behandeling van de vraag nauwelijks aandacht wordt geschonken aan de emotionele en sociale aspecten van die vraag. Gaat de huisarts in op wat de patiënt in een opening naar voren brengt, dan wordt slechts zelden over dat onderwerp doorgesproken. De kans dat de huisarts het besproken onderwerp opnieuw ter sprake brengt, is gemiddeld 37 procent, terwijl hij in 63 procent van de gevallen volstaat met een respons, of na

Tabel 3. Het aantal verbale acties over een klachtaspect op initiatief van de huisarts in verhouding tot het aantal verbale acties op initiatief van de patiënt (80 consulten/15 huisartsen).

Klachtaspecten	Proportionele verhouding A/P*
S – sensitatie	.89
L – lokalisatie	.90
V – verloop	1.00
C – conditie	.57
A – achtergrond	.71
O – oorzaak	.89
G – gevolg	1.00
Z – (zelf)behandeling	1.38
Totaal	.94

de respons over een ander aspect van de klacht begint.

Kijken we naar tabel 4, kolom d, dan blijkt dat de dokter na een respons vooral doorgaat op S (de klacht in enge zin) en op Z (de behandeling). Voor beide aspecten geldt dat de dokter daar het meest op ingaat (respons) en op doorgaat (opening). Verwacht mag worden dat de positief-selectieve verbale aandacht van de dokter voor deze aspecten invloed heeft op wat de patiënt in het gesprek ter sprake brengt.

De combinatie van R-ratio en RO-index van de arts levert een variabele op die we de *gesprekscontinuïteit* van de arts noemen. Deze gesprekscontinuïteit bij een door de patiënt ingebracht onderwerp van gesprek is gemiddeld – ongeacht klachtaspect – slechts 16 procent: minder dan een op de zes keer dat de patiënt een aspect van de klacht ter sprake brengt, gaat de dokter direct op dit onderwerp in (respons) en praat hij in dezelfde verbale actie over het onderwerp door (opening). Vijf van de zes keer ontbreekt óf een passende reactie op wat de patiënt zegt, óf wordt na een respons niet verder over dit onderwerp gesproken.

Uit het produkt van de waarden in de kolommen c en d van tabel 4 kan afgeleid worden dat die gesprekscontinuïteit alleen groter is bij Z (29 procent) en bij S (25 procent). Bij de overige aspecten – waarin vooral de beleving van de klacht aan de orde is – bestaat een grote discontinuïteit in het gesprek, gezien vanuit de inbreng van de patiënt.

De huisarts aan het woord. Praat de huisarts in een verbale actie over een aspect van de klacht – wat gemiddeld 32,5 keer per consult het geval is – dan is in 85 procent van de gevallen (ook) sprake van een opening. In 15 procent van de gevallen gaat hij in op wat de patiënt zegt zonder zelf het responsveld van de patiënt te begrenzen. Deze hoge openingsratio van de huisarts (tabel 4, kolom f) ligt in het algemeen lager bij C-conditie, A-achtergrond en 0-oorzaak en hoger bij Z-behandeling en S-klacht in enge zin.

Wat zijn de reacties van de patiënt hierop? Als de huisarts in een opening het

* Een waarde = 1 betekent: A en P spreken even vaak over dit klachtaspect
Een waarde > 1 betekent: A spreekt vaker dan P over dit klachtaspect
Een waarde < 1 betekent: A spreekt minder vaak dan P over dit klachtaspect

responsveld van de patiënt begrensd tot een klachtaspect, dan is de kans dat de patiënt direct op dit aangegeven aspect ingaat, gemiddeld 57 procent. Een dergelijke reactie van de patiënt ontbreekt in 43 procent van de gevallen.

Relatief hoog is de neiging tot respons bij openingen van de huisarts op S (klacht in enge zin), gemiddeld bij Z (behandeling) en L (lokalisatie), en laag bij de overige aspecten, die meer de beleving van de klacht betreffen. Ook voor de patiënt geldt dat hij het meest over „diagnostisch-therapeutische” aspecten van de klacht met de dokter in gesprek is (tabel 4, kolom g).

In die gevallen dat de patiënt ingaat op een door de huisarts aangegeven onderwerp van gesprek, is de kans dat de patiënt uit zichzelf over dit onderwerp doorgaat, gemiddeld 27 procent. Veel groter is de kans dat de patiënt alleen een respons geeft of na een respons een ander aspect van de klacht ter sprake brengt: 73 procent. De neiging van de patiënt om na een respons over een aspect uit zichzelf iets in te brengen is het grootst bij S (klacht in enge zin) (tabel 4, kolom h).

De relatief sterke neiging van de patiënt om in te gaan op wat de huisarts zegt in combinatie met de relatief zwakke tendens om over het aangegeven onderwerp door te praten, leidt tot een geringe *gesprekscontinuïteit*. In 15 procent van de gevallen waarin de huisarts een aspect van de klacht ter sprake brengt, gaat de patiënt niet alleen in op wat de huisarts zegt (respons), maar gaat hij ook door op dit onderwerp (*opening*). De *gesprekscontinuïteit* is duidelijk groter bij S.

Vergelijking van de inbreng van huisarts en patiënt. De patiënt begrenst veel minder vaak het responsveld van de

huisarts dan andersom het geval is. De kans op een opening ten aanzien van een klachtaspect is bij een verbale actie van de patiënt gemiddeld 77 procent, bij de huisarts 95 procent.

Doet de huisarts vaker een poging tot bepaling van het gespreksonderwerp, hij heeft ook een grotere kans op succes. Als we de sturende invloed van een gespreksdeelnemer zien als een functie van enerzijds het aantal pogingen dat hij onderneemt tot bepaling van het gespreksonderwerp, en anderzijds de kans dat die poging slaagt, dan heeft de huisarts een veel grotere invloed op het verbale gedrag van de patiënt dan de patiënt op het verbale gedrag van de huisarts. Een rechtlijnige kwantificering van die invloed laat zien dat de huisarts in 85 procent van de gevallen dat hij over een klachtaspect spreekt, tevens een begrenzing geeft van het responsveld van de patiënt, terwijl de patiënt in 57 procent van die gevallen binnen dat aangegeven responsveld reageert. Dit betekent dat de huisarts in ruim 48 procent van de gevallen dat hij over een aspect van de klacht spreekt, gewild of ongewild de reactie van de patiënt in de door hem aangegeven richting stuurt. Dezelfde kwantificering van de invloed van de patiënt komt veel lager uit: in slechts 27 procent van de gevallen dat de patiënt een aspect van de klacht bespreekt, beïnvloedt hij merkbaar het verbale gedrag van de huisarts.

Opvallend is daarbij dat de invloed van beide gespreksdeelnemers op elkaars verbale gedrag ultrakorte effecten heeft. Na een respons op wat de ander te berde brengt, wordt zelden over hetzelfde onderwerp doorgepraat. De huisarts gaat wat vaker door over hetzelfde klachtaspect (37 procent) dan de patiënt (27 procent). De *gesprekscontinuïteit* is

bij beide gespreksdeelnemers gering (respectievelijk 16 en 15 procent).

Uit tabel 3 blijkt dat de huisarts in het algemeen beduidend vaker spreekt over Z-(zelf)behandeling en de patiënt vaker over C-conditie en A-achtergrond. Ten aanzien van Z geldt dat dit onderwerp 38 procent vaker door de huisarts wordt besproken dan door de patiënt; over C en A is de huisarts respectievelijk 43 en 29 procent minder vaak aan het woord dan de patiënt. Alle genoemde verschillen zijn significant ($p < .01$).

Voorlopig kunnen we concluderen dat het verbale gedrag van huisarts en patiënt in het consult voor een belangrijk deel gericht is op verschillende aspecten van de klacht. De condities waaronder de klacht zich voordoet en de persoonlijke omstandigheden van de patiënt worden vooral door de patiënt besproken. Wat aan de klacht gedaan moet worden, is een onderwerp waarover vooral de huisarts aan het woord is.

Leggen we deze bevindingen naast het hierboven geschetste beeld van het gesprek als geheel, dan valt op dat Z, waarover vooral de huisarts spreekt, behoort tot de relatief vaak besproken aspecten, en dat A en met name C, waarover vooral de patiënt het heeft, behoren tot de relatief weinig besproken klachtaspecten. Dit roept de vraag op naar de wijze waarop huisarts en patiënt over de verschillende aspecten echt in gesprek zijn. De ongelijk verdeelde verbale aandacht van huisarts en patiënt kan immers alleen voorkomen waar een van de gesprekspartners bij herhaling klachtaspecten ter sprake brengt, zonder dat de ander daar expliciet op ingaat.

Of en in hoeverre dit bij de onderscheiden klachtaspecten het geval is, willen we hieronder nader bezien.

De inbreng van patiënten. Als de patiënt over een klachtaspect praat – dit komt in een consult gemiddeld 34,5 keer voor –, dan gaat het in 65 procent van de gevallen (ook) om een opening. In de overige

Tabel 4. Klachtaspecten naar het gemiddelde percentage verbale acties per consult waarin deze onderwerp van gesprek zijn (aspect fractie) en de bijbehorende O-ratio, R-ratio en RO-index voor huisarts (A) en patiënt (P) afzonderlijk.

Klachtaspect	(a)* aspect fractie P	(b) O-ratio P (a=1.00)	(c) R-ratio A (b=1.00)	(d) RO-index A (c=1.00)	(e)* aspect fractie A	(f) O-ratio A (e=1.00)	(g) R-ratio P (f=1.00)	(h) RO-index P (g=1.00)
	S – sensatie	.38	.63	.51	.50	.34	.88	.68
L – lokalisatie	.20	.65	.48	.23	.18	.78	.59	.22
V – verloop	.06	.67	.16	.06	.06	.83	.27	.06
C – conditie	.07	.71	.18	.09	.04	.75	.42	.11
A – achtergrond	.17	.76	.33	.26	.12	.75	.47	.25
O – oorzaak	.09	.67	.40	.19	.08	.75	.43	.15
G – gevolg	.01	1.00	.06	.02	.01	1.00	.08	.02
Z – behandeling	.21	.52	.67	.44	.29	.93	.57	.27

*) Berekend per consult op het totaal aantal verbale acties per gespreksdeelnemer. Totaal aantal consulten: 80; aantal verbale acties: 4604; gemiddeld per consult: 58; per gespreksdeelnemer: 29.

Toelichting. Elke regel geeft de waarden die behoren bij een bepaald klachtaspect. De waarden in elke kolom zijn steeds uitgedrukt als proporties van de waarden in de voorafgaande kolom. Zo geeft de waarde .63 op regel S, kolom (b) aan dat 63 procent van de in kolom (a) vermelde verbale acties over S een opening ten aanzien van S omvat.

35 procent van de gevallen beperkt de patiënt zich tot een respons op wat de huisarts ter sprake brengt.

Uit tabel 4 (kolom b) is op te maken dat de patiënt relatief sterk geneigd is om, pratend over G of over A, het responsveld van de huisarts tot die onderwerpen te begrenzen. De gevolgen die de patiënt van zijn klacht ondervindt, (G) en zijn persoonlijke omstandigheden (A) zijn blijkbaar gespreksonderwerpen waarover de patiënt een relatief grote eigen inbreng heeft. Anders staat het met Z, de behandeling van de klacht: de inbreng van de patiënt ten aanzien van dit onderwerp is beduidend geringer dan bij de andere onderwerpen van gesprek.

Hoe reageert de huisarts op de inbreng van de patiënt? Over het geheel genomen is de kans dat een respons van de kant van de dokter uitblijft, groter (56 procent) dan de kans dat direct wordt ingegaan op hetgeen de patiënt over de klacht naar voren brengt (44 procent). Uit de respons-ratio van de huisarts (tabel 4, kolom C) kan worden afgeleid dat, wanneer de patiënt uit zichzelf iets inbrengt over Z (de behandeling van de klacht), over S (de klacht in enge zin) of over L (de lokalisatie), de kans het grootst is dat de huisarts daarop ingaat. Over deze aspecten is de dokter blijkbaar het meest „in gesprek” met de patiënt.

Overzicht van de resultaten. De vier meest besproken onderwerpen zijn de klacht in enge zin (S), de behandeling (Z), de lokalisatie (L) en de achtergrond van de klacht (A). In 82 procent van de gevallen dat over de klacht gesproken wordt, gaat het om een van deze aspecten.

Naast onderwerpen waarover de huisarts en de patiënt nagenoeg even vaak aan het woord zijn (de klacht in enge zin en de lokalisatie), zijn er ook onderwerpen waarin elk van hen gespecialiseerd is. Zo praat de patiënt meer over de achtergrond van de klacht, de dokter meer over de behandeling. De onderwerpen waarover de patiënt het meest uit zichzelf begint, zijn niet de klacht in enge zin (S), de lokalisatie daarvan (L) of de behandeling (Z), maar de achtergrond en zijn persoonlijke omstandigheden (A). Het responsgedrag van de huisarts is in het algemeen selectief: relatief veel reacties als het gaat over de aard van de gewaarwordingen en waarnemingen van de patiënt (S), de klachtbehandeling (Z) of de lokalisatie van de klacht (L), en relatief weinig reacties als het gaat over de persoonlijke omstan-

digheden van de patiënt als achtergrond van de klacht (A). In grote lijnen zijn de onderwerpen waarop de huisarts een respons geeft, dezelfde als die waarin hij het meest opent (S en Z). De neiging van de patiënt in te gaan op wat de huisarts stelt, is in het algemeen groot en niet selectief: hoe vaker de huisarts een onderwerp aanroert, des te groter is de kans dat de patiënt daarop ingaat (correlatiecoëfficiënt $r = .80$).

In de onderzochte consulten komt het hele scala van onderscheiden klachtaspecten ter sprake. Over slechts een onderwerp wordt zelden gepraat: de gevolgen die de klacht heeft voor het functioneren van de patiënt en/of van diens omgeving (G). Uitingen over dit aspect hebben vooral betekenis voor de verduidelijking van de noodzaak of wenselijkheid van de beïnvloeding van de toestand van de patiënt. Dat ze zo weinig in het consult voorkomen, wijst erop dat de vraag in hoeverre hulp door de huisarts in de gegeven situatie nodig is, vaak niet expliciet of alleen in medisch-somatische zin in het gesprek aan de orde komt.

Conclusie

Van de acht waargenomen gespreksonderwerpen komen er in een consult over een nieuwe klacht vooral twee aan de orde:

- *Sensatie*: uitingen die een beschrijving geven of vragen van de aard, duur, intensiteit, regelmaat of frequentie van lichamelijke verschijnselen die de patiënt als afwijkend waarneemt of bemerkt (klacht in enge zin).
- *(Zelf)-behandeling*: uitingen die informatie geven of vragen over wat de patiënt doet, kan doen of gedaan heeft om de waargenomen verschijnselen te voorkomen of op te heffen (behandeling).

Dat juist deze onderwerpen zo frequent aan de orde zijn, wordt minder bepaald door de patiënt dan door de huisarts. In de eerste plaats is de inbreng van de patiënt – gelet op zijn openingsgedrag, bescheiden. De huisarts bepaalt in niet minder dan 85 procent van de gevallen dat hij over een klachtaspect spreekt, bewust of onbewust het gespreksonderwerp; bij de patiënt bedraagt dat percentage slechts 65 procent.

Ten tweede heeft de patiënt voor een belangrijk deel een anders gerichte inbreng: van de openingen van de huisarts betreft 60 procent de klacht in enge zin (S) of de behandeling (Z). De patiënt

opent in 55 procent van de gevallen op andere klachtaspecten dan S of Z.

Een derde constatering is dat de huisarts in vergelijking met de patiënt veel vaker invloed heeft op het gespreksgedrag. In ruim 48 procent van de gevallen dat de dokter over een aspect van de klacht spreekt, blijkt de reactie van de patiënt door hem beïnvloed te worden, terwijl het overeenkomstige percentage voor de patiënt slechts 27 bedraagt.

In de vierde plaats blijkt de responsneiging van de huisarts niet alleen geringer dan die van de patiënt, maar ook selectiever ten aanzien van S en Z. Die selectiviteit kan ertoe leiden dat het gesprek indirect, door positieve en negatieve feedback, gestuurd wordt in de richting van S en Z.

De grote en tegelijk eenzijdige medisch inbreng van de huisarts, diens overwegende invloed in het gesprek en zijn respons-selectiviteit ten aanzien van uitingen over de klacht in enge zin of over de behandeling daarvan, maken dat gesprekken grotendeels gaan over diagnostisch-therapeutische aspecten die de medisch-professionele belangstelling van de dokter weerspiegelen. Of daarnaast voldoende aandacht wordt besteed aan alle aspecten van de klacht die de patiënt bezighouden, is in het licht van de onderzoeksuitkomsten twijfelachtig. Ten aanzien van één aspect is die twijfel het grootst. Het gaat daarbij om de achtergrond van de klacht A: uitingen waarin verwezen wordt naar gebeurtenissen en omstandigheden, die als achtergrond van lichamelijke gewaarwordingen en waarnemingen van de patiënt (klacht) noch in oorzakelijke zin, noch als consequentie daarmee verbonden zijn. Onder de klachtaspecten die patiënten regelmatig uit zichzelf ter sprake brengen, neemt dit onderwerp een belangrijke plaats in: per consult brengt de patiënt gemiddeld vier keer de achtergrond van de klacht ter sprake. Algemeen wordt aangenomen dat deze uitingen grote betekenis hebben voor een goed inzicht in de hulpvraag van de patiënt (*Van Londen*). Het is dan ook opmerkelijk dat de waarneembare aandacht van de huisarts (zijn respons- en openingsratio) voor dit onderwerp zoveel minder is dan voor de vraag wat de patiënt voelt of heeft en wat er aan gedaan moet worden.

Uit het onderzoek komt daarnaast naar voren dat consulten – gelet op de opeenvolging van gespreksonderwerpen – een grillig en wisselvallig verloop vertonen. Het meest duidelijk blijkt dit uit het feit,

dat een bepaald onderwerp – of dit nu is ingebracht door de huisarts of door de patiënt – in zes van de zeven gevallen direct in de volgende verbale actie door de gesprekspartner wordt vervangen door een ander onderwerp. Daarnaast komen diverse klachtaspecten voor het merendeel bij herhaling in hetzelfde consult aan de orde.

Dit gebrek aan continuïteit in het consult roept de vraag op in hoeverre er sprake is van een echt gesprek tussen huisarts en patiënt. Onze indruk is dat de gerichtheid van de huisarts op het medisch diagnose-receptmodel, die in de onderzochte consulten overweegt, ook in situaties waarin de betekenis van de klacht nog weinig uitgewerkt is, een goede wederzijdse verbale aansluiting en dus een eigenlijk gesprek met de patiënt in de weg kan staan. Deze indruk vormt een ondersteuning van de gedachte dat de huisarts niet uitkomt met het hanteren van slechts één gespreksmodel, en dat hij moet leren omgaan met een aantal gespreksmodellen (*Kocken en Van Til*).

Bij het inzicht dat deze analyse biedt in de manier waarop de huisarts zijn taalhandelen afstemt op de verwoording van de patiënt, willen we twee aantekeningen plaatsen. Aan de ene kant is het begrijpelijk dat de dokter zich verbaal zo uit als door ons werd waargenomen: in zijn opleiding ligt de nadruk immers op diagnose en therapie; bij de benadering van vooral nieuwe klachten zal hij pluis van niet-pluis willen onderscheiden en zeker kunstfouten willen voorkomen; de beperkt beschikbare tijd oefent voortdurend druk uit op het contact. Aan de andere kant leidt dit gedrag ook tot een aantal onvoorziene en ongewenste gevolgen: het is voor patiënten onplezierig als zij bij hun raadsman voor ziekte en gezondheid de achtergrond van hun klachten niet aan bod kunnen laten komen; de eenzijdig medische aandacht van de dokter, gekoppeld aan zijn overwegende invloed op het gesprek, lijkt niet bevorderlijk voor een adequate hulpverlening die de vraag van de patiënt als uitgangspunt neemt, en bergt het risico in zich van een ongewenste somatisering en medicalisering.

Deze conclusies geven ons aanleiding tot het formuleren van een tweetal overwegingen die van nut kunnen zijn voor de huisarts in diens gesprek met een patiënt:

- Door het gesprek niet primair te voeren vanuit de eigen informatiebehoefte, maar juist de patiënt meer ruimte te

geven om uit eigen beweging informatie te verschaffen, zou de huisarts kunnen bevorderen dat de nadruk in veel gevallen niet zo sterk ligt op de klacht in engere zin of op de behandeling ervan. Als de huisarts meer gespitst zou zijn op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt als achtergrond van de klacht, zou dat tot gevolg kunnen hebben dat de betekenis van de door de patiënt beschreven gewaarwordingen en waarnemingen voor beiden helderder wordt.

- Indien de huisarts, met name in situaties waarin de betekenis van de klacht nog niet zo duidelijk is, minder gepreoccupeerd zou zijn met wat de patiënt voelt of merkt, of wat daaraan gedaan moet worden, zou dat kunnen leiden tot een voor beiden inzichtelijker gespreksverloop.

De onevenredig grote invloed van de huisarts op de inhoud en het verloop van het gesprek doet vermoeden dat een kleine wijziging van het verbale gedrag van de dokter in bovenbedoelde zin kan leiden tot een relatief grote verschuiving in de richting van een inzichtelijker gespreksverloop, een verheldering van de betekenis van de klacht en een minder eenzijdige nadruk op de klacht in engere zin of de behandeling ervan.

Bespreking

De beschrijving van de inhoud en het communicatieve verloop van huisarts-patiënt gesprekken over nieuwe klachten berust op gemiddelde waarden, die berekend zijn over een beperkt aantal consulten. Het door ons geschetste beeld geeft daardoor niet meer dan een indruk van centrale tendenties in de onderzochte verzameling consulten. De achterliggende verschillen tussen gesprekken vragen om een nadere precisering en verklaring.

Buiten de hier gepresenteerde resultaten lijken hierbij vooral twee variabelen een rol te spelen: de communicatieve helderheid van de klacht (directe objectiverbaarheid en/of lokaliseerbaarheid van de aangeboden klacht) en de persoon van de huisarts (interdokter variatie). Onderzoek naar de samenhang tussen deze factoren en de inhoud en het verloop van spreekurgesprekken kan uitsluitsel geven over de vraag of, in welke opzichten en in hoeverre gesprekskenmerken klacht- en/of huisartsgebonden zijn.

De door ons gehanteerde analysemethode houdt in verschillende opzichten een reductie in van hetgeen tijdens het

spreekuur gebeurt. In de eerste plaats wordt niet het totale contact maar alleen het gedeelte dat betrekking heeft op één bepaalde klacht in het onderzoek betrokken. In 46 procent van de geselecteerde spreekuurcontacten komen, naast het geanalyseerde consult, nog een of meer andere consulten voor. Deze bleken echter in het algemeen duidelijk minder centraal te staan in het contact, werden niet als eerste klacht gepresenteerd, handelden niet over een nieuwe klacht en werden veel korter afgedaan.

Door de beperking van het onderzoek tot consulten over de eerst aangeboden nieuwe klacht wordt onzes inziens het meest saillante deel van het contact bekeken, met als voordeel een optimale onderlinge vergelijkbaarheid van die delen. Een bezwaar is echter dat de verbale correspondentie in eerste consulten niet zonder meer vergelijkbaar is met de verbale correspondentie in daarop volgende consulten, waarin een geringere aansluiting tussen huisarts en patiënt te verwachten is.

In de tweede plaats richt de analyse zich uitsluitend op het verbale gedeelte van het consult en niet op de non-verbale communicatie of de handelingen en gebeurtenissen die het verbale gedrag begeleiden. Daarvoor zijn verschillende redenen, die alle terug te voeren zijn op de opvatting dat taalhandelen in de spreekursituatie het meest adequate middel is om tot een voor beide gesprekspartners inzichtelijke en functionele uitwisseling van informatie, denkbeelden, gevoelens en bedoelingen te komen. Hoe belangrijk non-verbale signalen voor het feitelijke verloop van dit proces ook zijn, als ze niet door de andere gesprekspartner in het gesprek worden ingebracht, spelen ze een onduidelijke rol in het interactieproces. Hoe weinig non-verbale signalen expliciet in het gesprek worden betrokken, blijkt uit het feit dat dit zich slechts in één van de tachtig onderzochte consulten voerde. Wij hebben overigens wel de verwachting dat de wijze waarop non-verbale gedrag in het spreekuurcontact door elk van de gespreksdeelnemers geïnterpreteerd wordt, grote invloed heeft op wat in dit onderzoek als kenmerken van de verbale communicatie is waargenomen.

Het reactieve gespreksmodel, aan de hand waarvan wij het gesprek geanalyseerd hebben, vormt een derde beperkende factor. De keuze van verbale acties als kleinste eenheid van gespreksgedrag is verantwoord vanuit onze belangstelling voor gedragsveranderingen op

micro-niveau, die betekenis kunnen hebben voor een beter inzicht in de dynamiek van het gesprek. Het responsopeningschema voor de analyse van die eenheden maakt betrouwbare observatie mogelijk van gedragsveranderingen die zich, bij het hanteren van globalere eenheden, aan de waarneming zouden onttrekken. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de keuze van interacten als kleinste eenheden van verbale communicatie.

De betekenis van de onderzoeksresultaten is in principe beperkt tot de gesprekken over nieuw aangeboden klachten in de zestien huisartspraktijken die bij het onderzoek waren betrokken. Hoewel effecten van zelfselectie bij de aselect bedoelde samenstelling van de onderzoeksgroep niet kunnen worden uitgesloten, kunnen de deelnemende huisartsen echter representatief worden geacht voor de verzameling jonge, kort gevestigde huisartsen in Amsterdam en Rotterdam.

(Landelijk gezien voldeed op 1 januari 1980 bijna de helft van het totale aantal zelfstandige huisartsen in Nederland – 2382 van de 5468 – aan de door ons omschreven kenmerken „jong” en „kort gevestigd.”)

Bijlage 1. Voorbeeld van een relatief geringe verbale aansluiting tussen huisarts (A) en patiënt (P).

A hoe gaat het met u?
 P nou 't gaat wel - 'n beetje nerveus hè - ik weet niet hoe dat komt zenuwen of zo - nou dan krijg ik hartkloppingen
 A 'ns even kijken
 P last van m'n bloeddruk
 A dan gaan we 'm opmeten - . . . u bent zenuwachtig maar u weet niet hoe het komt?
 P nou 'n klein beetje wel
 A ja?
 P ja - m'n eh oudste dochter - nou ja die is zes jaar getrouwd en die wil dolgraag 'n baby hè
 A mm
 P maar nou eh is er onderzoek geweest en nou eh heb ze schijnt ze 'n dubbele baarmoeder te hebben
 A oh!
 P heb u dat al es gehoord?
 A komt wel 'ns voor ja
 P en nou eh
 A inderdaad - konijntjes hebben ze geloof ik allemaal maar eh
 P en daar maak je je eigen dan weer nerveus over hè
 A ja - kan ik me voorstellen
 P moet ze 'n eh donderdag eh vrijdag moet ze voor 'n nieronderzoek
 A mm
 P dus nou gaan ze ze helemaal zeker bin-

nenste buiten keren weer
 A hoezo weer?
 [P uit bezorgdheid over het komend medisch onderzoek dat haar dochter moet ondergaan.]
 A en die hartkloppingen - voelt u die nou vooral als u daaraan denkt of eh
 P ja
 A dan dan merkt u echt als u als dat in je gedachten schiet dat u dan
 P ja dan krijg ik - ja dan . . . ben ik erg nerveus 't gaat wel weer over ook maar
 A gaat het hart dan erg snel of niet zo zeer snel maar 'n beetje onregelmatig
 P onregelmatig
 A alsof het slagen overslaat
 P nou dat niet
 A uw horloge zit net in de weg
 P ja dan doen we 't eventjes af
 ---dokter meet bloeddruk --- (34")-----
 A 160/85 - die is goed
 P ja das wel goed
 A daar mogen wij allebei toch tevreden over zijn - ehm... kun je dat 'n beetje aanduiden hoe onregelmatig dat hart dan gaat? - misschien door eh op de tafel te kloppen of zo
 P nou - ja moet ik zeggen - dan eh dan tikt 't ineens vlug en dan ineens dan ja krijgt ik 't vreselijk warm en dan gaat het eh
 A ineens 't tijdje vlug en dan gaat het weer langzaam?
 P ja
 A hoe lang gaat het dan vlug - is dat dan 'n paar minuten of eh
 P nou niet zo vreselijk lang
 A niet zo lang?
 P nee
 A wanneer is dat vooral - overdag of eh in bed?
 P nou overdag - ik heb 't 's nachts ook wel hoor - dan gaan ik maar eh rustig liggen en dan gaat 't wel weer over
 A wordt u er wakker van?
 P nou nee
 A u bent wakker en dan denkt u aan uw dochter en dan krijgt u hartkloppingen?
 P eh ja
 A is 't echt zo strikt dat u eh
 P ja ik ben echt eh
 A of komt het ook wel 'ns voor dat u die hartkloppingen hebt terwijl u helemaal niet aan uw dochter denkt?
 P nou dat heb ik ook wel ja
 A ja - en denkt u dan aan iets anders wat u nerveus maakt?
 P ja - nou ja je heb eigenlijk eh konstant je gedachten erbij
 --- 4 minuten lang gaat het gesprek vervolgens over andere onderwerpen: de pillen die patiënte slikt, haar spierpijn en de vraag of het hebben van een dubbele baarmoeder invloed heeft op de mogelijkheid zwanger te worden ---
 P en wat ken ik nou...
 A laten we 't voorlopig nog 'n beetje zonniger bekijken
 P volgens u aan die nerveusiteit doen
 A eh ik zou er voorlopig niks aan willen doen - kijk ik kan u wel 'n pilletje geven

want eh - maar die nerveusiteit die gebruikt u toch om het probleem met uw dochter te verwerken
 P ja?
 A en daar ja - er over piekeren blijf je natuurlijk toch
 P ja
 A en nou kan ik dat wel met 'n pilletje 'n beetje onder tafel schuiven
 P nee
 A maar ik denk dat we dan alleen maar 'n soort eh onnatuurlijke eh toestand krijgen
 P ja natuurlijk
 A dat u eh - als 't nou te gek wordt dat ja dan kunnen we er altijd nog 'ns over praten
 P ja nou ja dat komt dan wel weer
 A maar dan praat ik liever over de problemen dan over de pilletjes
 P ja
 A goed?
 P goed
 A uitstekend
 P dank u wel

Bijlage 2. Voorbeeld van een relatief grote verbale aansluiting tussen huisarts (A) en patiënt (P).

A hoe is het met u?
 P nou - ja - ik heb het een beetje moeilijk van natuurlijk - maar het gaat wel weer - met die omstandigheden nou ben ik weer alleen en
 A uw man is blijvend de deur uit?
 P nou dokter hij zit nu in O.
 A ja
 P en die man die belt net op die heeft erg verdriet
 A ja
 P maar hij moet wel hij kan niet nee - hij wil terugkomen maar dat kan ik niet want uhh - dat wil ik beslist niet - heb ik besloten niet te doen - en nou wil die man hij zegt als je dat niet wil uhm wil ik uh vind je het erg als ik iemand anders zoek? - ik zeg nou dat vind ik fijn
 A hm hm
 P dat heb ik liever - het is voor mij en voor hem ook beter - dus dat probleem - nou moet ie met de weekend weer komen - om uh naar z'n kinderen te uh bij z'n kinderen zijn
 A ja
 P hij heeft een paar advertenties gezet - nou ja ik vind het best dokter - ik kan niet opschieten met die man
 A maar ergens blijft het u nog achtervolgen?
 P me - dat wil ik aan u vragen dokter ik heb erg - ik ben erg uh overspannen van die laatste dag omdat ie hier geweest is
 A ja
 P en is ie bij geweest maar ik vraag om u want ik kan niet met die man praten want ik heb geen familie - hij doet mij erg verdriet als hij bij mij geweest is want dan is ie erg verdrietig en nou is ie weer bij naar die mensen enne ik denk ooh ik vind
 A ja
 P dit zo vreselijk want dan ben ik ook helemaal uh - op het ogenblik ben ik erg gespannen

A ja
 P door die omstandigheden
 A ja
 P maar ik vind dit beter dat dit helemaal af uhh vindt u niet?
 A hm hm - wat zou u nu?
 P en dat zal nooit wat worden dat weet ik dokter - als die man op kamers woont alleen dat zal ie wel contact met hem willen houden
 A ja
 P maar niet bij mij te blijven wonen dat kan ik niet 'k kan niet met mekaar opschieten
 A dat is eigenlijk uw idee erover he?
 P dat is mijn idee ja dokter
 A ja ja - maar dan wordt u als u dan dat beslist dan wordt u eigenlijk meer achtervolgd met schuldgevoelens van uh ik laat hem uh - ...alleen
 P die man die - het hele huis loop om
 A ja
 P vreselijk - belt ie vanmorgen op heel huilende natuurlijk

[P vertelt vervolgens hoe hulpeloos haar man zonder haar is. Ze wil niet dat hij terugkomt, maar vindt het moeilijk hem helemaal los te laten.]

A u houdt hem nou eigenlijk een beetje vast he
 P ja
 A en als u hem een kleine beetje vasthoudt denkt ie
 P ja dat is het - hij denkt misschien is er een kleine kans he om door
 A ja ja
 P dat dacht ik ook maar ik vind zo hard om te zeggen uh zoek zelf maar uit - dat is ook moeilijk - iemand die helemaal niets heeft
 A tis moeilijk om harde dingen te zeggen
 P is het ook dokter - dan kan ik niet
 A nee?
 P nee
 A maar ik denk als u het zo wil - moet u het ook zo zeggen
 P ik geloof ik als ie nu met de weekend komt zal ik het gelijk doen dokter
 A hm hm
 P en dan ben ik van alles af en dan moet ie zelf verder zien - want ik moet ook verder dokter ik heb ook niemand hij heeft ze kinderen ik heb helemaal geen familie
 A ja nou kijk
 P dus uh - ik denk dat ik het zo laat dokter
 A prima - als u er behoefte aan heeft dan komt u maar weer
 P prima dat doe ik dokter - afgesproken, bedankt

Samenvatting. Het spreekuurcontact kan beschouwd worden als het knooppunt van enerzijds de beleving van ziekte en gezondheid door de patiënt en anderzijds het medisch kennissysteem van de arts. Uitgaande van de vraag hoe deze schakel tussen patiënt en huisarts tot stand komt, geven de auteurs een beschrijving van de inhoud en het communicatieve verloop van spreekurgesprek-

(1982) *Huisarts en Wetenschap* 25

ken over nieuwe klachten. De gespreksinhoud wordt geanalyseerd aan de hand van een achttal klachtaspecten, terwijl het communicatieve verloop wordt onderzocht met behulp van een reactief gespreksmodel.

Uit de analyse van spreekurgesprekken van zestien huisartsen blijkt, dat in het algemeen niet de patiënt, maar de dokter een overwegende invloed heeft op de gespreksinhoud en het communicatieve verloop van het consult, dat het gesprek grotendeels gaat over diagnostische/therapeutische aspecten van de klacht, en dat de gespreksonderwerpen meer de medisch-professionele aandacht van de dokter weerspiegelen dan de drijfveren en emoties van de patiënt.

Summary. Patient and general practitioner in dialogue.

An office encounter can be regarded as the crossroads between the patient's perception of sickness and health on the one hand, and the physician's medical frame of reference on the other. Considering the question how this link between patient and general practitioner is established, the authors describe the content and the communicative course of encounters with regard to new complaints. The content of the dialogue is analysed on the basis of eight complaint aspects, and the communicative course is studied with the aid of a reactive dialogue model.

The analysis of encounters with sixteen general practitioners shows that, generally, it is not the patient but the doctor who exerts a predominant influence on the dialogue content and the communicative course of the encounter; that the dialogue largely concerns diagnostic/therapeutic aspects of the complaint; and that the subjects discussed reflect the doctor's medical professional interest more than the motives and emotions of the patient.

Aakster, C. W. Van klacht tot morbiditeit. In: Hollend naar de horizon. *Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht*, 1979.

Appel, R. e.a. Sociolinguïstiek. *Spectrum, Utrecht*, 1976.

Bain, D. J. G. The content of physician/patient communication in family practice. (1979) *J. Fam. Pract.* 8, 745-753.

Bennet, G. Patients and their doctors. The journey through medical care. *Baillière Tindall, Londen*, 1979.

Bensing, J. en P. Verhaak. Ruimte voor de patiënt. (1982) *Ned. T. Psychol.* 37, 19-33.

Boreham, P. and D. Gibson. The informative process in private medical consultation: a preliminary investigation. (1978) *Soc. Sci. Med.* 12, 409-416.

Braak, E. M. ter. Bestaat huisartsgeneeskunde? (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 246-248.

Bremer, G. J. *Klagen*. Stafleu, Leiden, 1980.

Brouwer, W. Klacht en aanklacht. (1975) *Metamedica*, 54, 140-141.

Collins, O. and J. M. Collins. Interaction and social structure. *Mouton, Den Haag*, 1973.

Coulthard, M. and M. Ashby. A linguistic description of doctor-patient interviews. In: M. Wadsworth and D. Robinson (eds.). *Studies in everyday medical life*. Robertson, London, 1976.

Fitton, F. and H. W. K. Acheson. The doctor/patient relationship. *Her Majesty's Stationery Office, London*, 1979.

Hageman-Smit, J. De patiënt en de huisarts samen onderzocht. *Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, Amsterdam*, 1979.

Have, P. ten. Introductieprogramma verzorgingssociologie. Onderdeel „verzorgingsinteracties”, *Universiteit van Amsterdam*, 1980.

Herbert, J. and C. Attridge. A guide for developers and users of observation systems and manuals. (1975) *Amer. educ. Res. J.* 12, 1-20.

Hollenbeck, A. K., Problems of reliability in observational research. In: G. P. Sackett (ed.). *Observing behaviour, Vol. II: Data collection and analysis methods*. University Park. Press, London, 1978.

Holsti, O. R. Content analysis for the social sciences and humanities. *Addison-Wesley, Reading, Mass*, 1969.

Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21, 322-335.

Katz, E., Doctor-patient exchanges, a diagnostic approach to organisations and professions. (1969) *Hum. Relat.* 22, 309.

Kocken, E. en K. van Til. Gespreksvoering huisartsen gesystematiseerd. (1981) *Med. Contact* 36, 341-345.

Londen, J. van. Rol en taak van de huisarts. (1979) *Med. Contact* 34, 176-179.

Meijer, J. S. Op zoek naar een klachtenlijst. (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 386-394.

Sackett, G. P. (ed.). *Observing behaviour, Vol. II: Data collection and analysis methods*. University Park. Press, London, 1978.

Speier, M. How to observe face-to-face communication. *Goodyear Publishing Company, Pacific Palisades (Ca, USA)*, 1973.

Themans, B. Het gesprek tussen huisarts en patiënt. Een analysemodel (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 122-128.

Thomassen, J. F. M. Het TRIPT-project: een data-collectie uit zeventig huisartspraktijken. (1982) *Huisarts en Wetenschap* 25, 394-397.

Woltring, F. J. M. UKLAPRES: een schema voor het waarnemen van klachtaspecten. *Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, Amsterdam*, 1981 (interne publikatie).