

H. LAMBERTS EN I. M. HOFMANS-OKKES

## Het gesprek met de patiënt: niet alleen voor dokters een puzzle

De afgelopen twee decennia zijn tal van studies en filosofische beschouwingen gepubliceerd over de interactie tussen huisarts en patiënt.<sup>1-3</sup> Niet alleen huisartsen, maar ook gedragswetenschappers houden zich bezig met het gesprek in de spreekkamer, en in het onderwijs in de geneeskunde en de beroepsopleiding tot huisarts staan vertegenwoordigers van beide disciplines zij aan zij.

Er bestaat overeenstemming over het belang van training in gespreksvoering en bij toetsing van huisartsen wordt aandacht besteed aan gespreksvaardigheden. Men is het er ook over eens dat bij het benoemen en interpreteren van gezondheidsproblemen – met name bij het vermoeden van psychosociale problemen<sup>4</sup> – begrippen als ‘verhelderde hulpvraag’, ‘tweede diagnose’, ‘echte reden van komst’ en de ‘diagnose achter de diagnose’ impliceren dat wat de patiënt zegt, veelal een metafoor is van wat er ‘feitelijk’ met hem aan de hand is.

Onder deze schijnbare consensus gaat echter een diversiteit van uitgangspunten, onderzoeksmethoden en onderwijstechnieken schuil. Daarbij is de validiteit – in termen van werkzaamheid en doeltreffendheid – van de verschillende gesprekstechnieken niet aan de orde. Men oriënteert zich niet op de toestand van de patiënt en op de gewenste veranderingen daarin; de waarde van een goede huisarts-patiënt interactie wordt op voorhand gepostuleerd in termen van een omschreven gesprekstechniek. Kwantificerend onderzoek gaat daarvan uit en stelt zich de waarde van het postulaat niet tot vraag. Geen andere geneeskundige interventie – farmacotherapeutisch, psychotherapeutisch, diagnostisch of invasief – mag zich zo beschermd weten door een verdedigingswal van tot de context van de huisartsgeneeskunde behorende ideële ondersteuning.

Overigens zou men soms de indruk krijgen alsof alleen in de spreekkamer van de huisarts belangrijke institutionele gesprekken plaatsvinden. Gesprekken op het werk, sollicitatiegesprekken, gesprekken met een advocaat, met een verzekeringsadviseur over een hypotheek, gesprekken in het onderwijs, onderhandelingen, vergaderingen: het zijn stuk voor stuk gesprekken waarbij er een doel is buiten het gesprek zelf, waar

veel omtrent de gespreksonderwerpen vastligt, en waar een duidelijke rolverdeling tussen de gesprekspartners bestaat; en ook al varieert het gesprek van betrekkelijk informeel tot zeer formeel gestructureerd, het gaat in alle gevallen om op een duidelijke titel te analyseren verbale ontmoetingen.

De wetenschappelijke taalbeheersing houdt zich in algemene zin bezig met de vraag wat mensen tegen elkaar zeggen, hoe zij dit doen en met welke strategieën zij hun doel proberen te bereiken. ‘Taalbeheersers’ – want zo heten deze wetenschappers – hebben huisartsen dan ook van alles te vertellen: zij willen immers uiteindelijk regels vaststellen voor verbaal handelen in alle mogelijke communicatieve situaties. Centrale vraag daarbij is, hoe te komen tot betrouwbare, valide en algemeen toepasbare regels.

Zowel in de huisartsgeneeskunde als in de wetenschappelijke taalbeheersing zijn zulke ‘regels’ lange tijd eenvoudigweg gepostuleerd en gedictieerd door ‘deskundigen’. Zo lardeerde de hooggeleerde Stuivering in de jaren zestig zijn colleges met aanbevelingen over een gevarieerde woordkeus en een heldere dicitie, en gaf de psychiater *Musaph* dokters het advies de patiënt vooral een stevige hand te geven, hem recht, en beslist niet met een vertraagde blik aan te zien, en vervolgens voor iedere duiding een vragende zinsconstructie te gebruiken.<sup>5</sup> In beide disciplines begon men zich in dezelfde tijd echter in toenemende mate ongemakkelijk te voelen bij een situatie waarin praktische adviezen en onderwijs op weinig anders berustten dan op intuïtie, gezond verstand en goede smaak, naast uiteraard de eisen van de context van het professioneel handelen. En net als in de huisartsgeneeskunde, heeft men het in de moderne taalbeheersing gezocht in het vervaardigen van veel descriptief materiaal, in de hoop daarin een beeld te vinden van wat de modale taalgebruiker in een bepaalde situatie meestal doet. Uit dit patroon hoopt men dan vervolgens op te kunnen maken hoe het eigenlijk moet.

In deze aflevering van *Huisarts en Wetenschap* presenteren *Berenst e.a.* twee aan de wetenschappelijke taalbeheersing ontleende mogelijkheden om gesprekken te analyseren: de conversatie- en de discourse-analyse. Binnen de *conversatie-analyse* houdt men zich bezig met de vraag hoe mensen in termen van waarneembare handelingen hun gesprekken organiseren; daarbij blijven dus in het algemeen ‘verborgen

Prof. dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam; Drs. I. M. Hofmans-Okkes, docent taalbeheersing, Hogeschool Midden Nederland, Utrecht.

Correspondentie: Prof. Dr. H. Lamberts, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

bedoelingen' buiten beschouwing. De *discourse-analysis* probeert vooral regels te formuleren voor de opbouw van een gesprek op grond van de rolverdeling waaraan de participanten zich op voorhand onderwerpen.<sup>6</sup> Het gaat hierbij om twee belangwekkende benaderingswijzen, die zich onderscheiden van de in de huisartsgeneeskunde gangbare *interactie-analyse*. Bij al deze drie benaderingen blijft echter vooralsnog de vraag onbeantwoord hoeveel winst ermee wordt geboekt op de weg naar objectieve (i.e. gevalideerde) kennis.

*Berenst e.a.* zetten zich af tegen een in 1982 gepubliceerde bijdrage op dit gebied van *Themans*.<sup>7</sup> Nu is het altijd makkelijker, zeker na een aantal jaren, te laten zien wat je niet wilt, dan om aan te geven hoe het nu eigenlijk wel moet. In dat laatste slagen de auteurs dan ook niet volledig.

Dat is op zichzelf niet verwonderlijk, want bij het onderzoek van gesprekken doen zich talrijke problemen voor. In de eerste plaats loopt de onderzoeker bij zuiver descriptief onderzoek gemakkelijk het risico dat hij blijft steken in louter trivialiteiten.<sup>8</sup> In de tweede plaats is het de vraag of het eigenlijk wel mogelijk is wetenschappelijk geobjectiveerde kennis over gesprekken te verkrijgen. Dat houdt immers in dat wat de onderzoeker aan een gesprek *waarneemt*, aantoonbaar objectiever en dus meer 'waar' zou moeten zijn, dan wat degene die de gespreksbijdrage levert, *bedoelt* of zegt te bedoelen.<sup>9</sup> Het is slecht in te zien hoe een objectieve waarheid over de betekenis van gesprekken en bijdragen daaraan kan bestaan buiten de deelnemers aan het gesprek om. In andere woorden: het heeft geen zin kenmerken van gesprekken als onafhankelijke variabelen te gebruiken, zonder daar de belangrijkste kenmerken van de gespreksdeelnemers bij te betrekken.

In de loop der jaren is betrekkelijk veel aandacht besteed aan een beperkt aantal kenmerken van de huisarts, maar nauwelijks aan kenmerken van de patiënt. Verder wordt bijna steeds voorbijgegaan aan een heel bijzonder aspect van het contact tussen huisarts en patiënt: zij kennen elkaar vaak al geruime tijd, zij hebben elkaar zelfs soms tientallen keren onder uiteenlopende omstandigheden gezien en zij reageren dan ook op elkaar als goede, zij het partieel bekenden. Hoe langduriger, gevarieerder en persoonlijker de relatie is, des te meer interfereert deze relatie met wat 'objectief' aan het gesprek kan worden waargenomen.

Het lijkt erop dat binnen de conversatie- en de *discourse-analysis* geen rekening wordt gehouden met de persoonsgebonden verwachtingen van huisarts en patiënt. De voorkennis die beiden van elkaar hebben, blijft immers buiten beschouwing.

Die voorkennis wordt overigens uiteraard niet alleen door de persoonlijke relatie bepaald; zo wijst *Ten Have* erop dat een fenomeen als 'de bal terugspelen naar de patiënt' inmiddels zo sterk in de opleiding van artsen is geïncorporeerd, dat patiënten dat geleidelijk aan ook van hun huisarts zijn gaan verwachten en dus reageren binnen een zichzelf waarmakende voorspelling.<sup>10</sup>

Een ander probleem dat zich voordoet bij het zoeken naar eenduidig omschreven gespreksroutines, is dat het beschikbare materiaal zo heterogeen en weerbarstig is: het gaat immers altijd om mensen die denken en praten vanuit hun specifieke achtergrond en die in principe unieke gesprekken voeren. *Berenst e.a.* wijzen bijvoorbeeld op het *coherentie*-probleem bij veel huisarts-patiënt gesprekken. Nu lijdt het op zichzelf al weinig twijfel dat elke sequentie van zinnen binnen een *bepaalde* context als coherent is te betitelen. Maar waar het uiteindelijk om gaat is, of de deelnemers aan een gesprek coherentie *ervaren*; en lang niet altijd zal het protocol van het gesprek dat laten zien, omdat mensen nu eenmaal soms niet expliciet zeggen wat ze misschien wel hadden willen zeggen.

Het door descriptie verkregen materiaal levert wel veel informatie, maar de relevantie ervan is onduidelijk. Een van de manieren om daarover meer te weten te komen, is door uit te zoeken of mensen achteraf tevreden zijn over hun bijdrage aan het gesprek en of ze het met de interpretatie, welke aan de gehanteerde classificatie ten grondslag ligt, eigenlijk wel eens zijn.

Onderzoek inzake gesprekken kan ongetwijfeld relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde. Uit het voorafgaande zijn voor die relevantie twee mogelijke criteria af te leiden.

In de eerste plaats zou onderzoek naar institutionele gesprekken zich moeten richten op gesignaleerde belangrijke praktijkproblemen en in die zin praktisch moeten zijn dat de uitkomsten ook leiden tot een oplossing daarvan. In dit kader lijkt bijvoorbeeld onderzoek naar de manier waarop patiënten hun beurt in een gesprek beginnen en vervolgens met die van de huisarts afwisselen (zoals dat binnen de *conversatie-analyse* wel verricht wordt) niet bijzonder zinvol, omdat de uitkomsten ervan niet zonder meer de vraag beantwoorden of het in geneeskundig (of zelfs gewoon: communicatief) opzicht wel een goed gesprek was. De groep van *Mcwhinney* en *Stewart* heeft in de loop der jaren een beschrijvingsmodel voor patiëntgeoriënteerde klinische aanpak door de huisarts ontwikkeld, dat hierbij goede diensten zou kunnen bewijzen.<sup>11-13</sup>

In de tweede plaats zou onderzoek naar gesprekken tussen huisarts en patiënt aan relevantie winnen als het gepaard zou gaan met zelf-rapportage door de gespreksdeelnemers. Iedere verstandige taalgebruiker – en zeker dus ook een patiënt – is een rationeel handelend iemand, die uiteindelijk alleen maar zelf kan aangeven *wat* hij bedoelt en *waarom*. Een zeer voor de hand liggende vraag is dan ook wat patiënten vinden van het oordeel van hun huisarts over de reden van hun komst en zijn interpretatie daarvan in diagnostische zin.

Bij het gebruiken van een classificatie van contactredenen – waarbij dus moet worden opgeschreven waarvoor de patiënt *naar eigen zeggen* komt – spartelen huisartsen in het begin nogal tegen. *Fahrenfort* somt zelfs zeven strategieën op waarmee artsen (in dit geval internisten) datgene wat de patiënt zegt of lijkt te willen zeggen, herformuleren en transformeren (*kader*). Juist de contactredenen van de patiënt is echter de basis van de huisartsgeneeskundige strategie die moet leiden tot het verhelderen van de hulpvraag en, voor zover mogelijk, tot het stellen van een 'eigenlijke', 'echte', 'tweede' of 'onderliggende' diagnose.

De artikelen van *Berenst e.a.* zijn voor ons lezenswaardig, omdat ze ons inzicht geven in de mogelijkheden en beperkingen van gespreksanalyse-modellen. De interdisciplinaire samenwerking waaruit de artikelen voortkomen, illustreert dat niet alleen huisartsen, maar ook taalbeheersers op zoek zijn naar al wat in gesprekken objectief te maken is; die samenwerking is noodzakelijk bij het onderzoek van gesprekken in de spreekkamer, vooral wanneer klinische kenmerken van de patiënt in het onderzoek worden betrokken.

Het ziet er naar uit dat dit onderzoek nog een lange en moeilijke weg heeft te gaan. In de geneeskunde – net als in het onderwijs – blijven wij voor veel dingen voorlopig nog op gezond verstand en intuïtie aangewezen. Gelukkig kun je nooit met zekerheid zeggen hoe het zonder huisartsgeneeskundige zorg of onderwijs met een patiënt of leerling zou zijn verlopen.

<sup>1</sup> Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: Department of Health and Social Security, 1978.

<sup>2</sup> Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

<sup>3</sup> Schouten JAM, e.a. Anamnese en advies. Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. Alphen a/d Rijn, Brussel: Stafleu, 1982.

### **Zeven manoeuvres van internisten om mededelingen van patiënten te transformeren**

1. De arts geeft aanvankelijk minimale respons en laat het initiatief aan de patiënt totdat hij een eerste idee heeft waarop hij zich kan richten; daarna neemt hij het initiatief over.
2. De arts stelt een specifieke vraag om de antwoordmogelijkheden te beperken.
3. Hij negeert veel van de door de patiënt tijdens het gesprek gegeven informatie.
4. Verschillen van mening die mogelijk bedreigend kunnen zijn, worden bedekt en verzacht naar voren gebracht.
5. Belastend en mogelijk pijnlijk onderzoek wordt gebagatelliseerd en als routine voorgesteld, zonder dat daarbij het 'informed consent' van de patiënt geheel uit het oog wordt verloren.
6. Samenvatting of evaluatie van het consult vindt niet plaats, zodat de patiënt als hij niet tegenstribbelt, vanzelf 'verdwijnt'.
7. De arts bepaalt – en beperkt – op voorhand waarover het vervolgsconsult zal gaan.

**Bron:** Fahrenfort.<sup>14</sup>

<sup>4</sup> Verhaak PFM. Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observation study. *Soc Sci Med* 1986; 6: 595-604.

<sup>5</sup> Musaph H. Het gesprek. Psychologische fundering. Haarlem: Bohn, 1966.

<sup>6</sup> Berenst J, Bremer GJ, Bax MMH, Van Dijk WK, Ettema JHM. Over de samenhang in het gesprek tussen huisarts en patiënt. *Huisarts Wet* 1987; 30: 144-8.

<sup>7</sup> Themans B. Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts. Een analyse van het gesprek. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 81-93.

<sup>8</sup> Hofmans-Okkes I, Leenheer P. Kindermishandeling en de knechting van Antwerpen. Leesvaardigheid op LBO-C-niveau. *Levende Talen* 1985; nr. 401: 281-9.

<sup>9</sup> Hofmans-Okkes I. Boekhouden op ijle hoogten. Over relevantie en kwaliteit van theoretisch taalbeheersingsonderzoek. *Levende Talen* 1987; nr. 422(juni).

<sup>10</sup> Ten Have P. Waar kan dat nu vandaan komen denkt u? Methodologische overwegingen bij een analyse van een fragment uit een spreekuurgesprek. *Gramma* 1983; 2/3: 217-48.

<sup>11</sup> Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *J Fam Pract* 1986; 1: 24-30.

<sup>12</sup> Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centered clinical method. 2. Definition and application. *J Fam Pract* 1986; 2: 75-80.

<sup>13</sup> Stewart M, Brown J, Levenstein J, McCracken E, McWhinney I. The patient-centered clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *J Fam Pract* 1986; 3: 164-7.

<sup>14</sup> Fahrenfort M. Transformaties in medische consulten. *Interdisciplinair Tijdschrift voor Taal- en Tekstwetenschap* 1984; 1: 25-39.