

Vorm en inhoud van spreekuurgesprekken

PAUL TEN HAVE

In dit artikel worden het perspectief en de belangrijkste resultaten weergegeven van conversatie-analytisch onderzoek naar medische interactie, met name huisartsconsulten. De nadruk valt daarbij op de wijze waarop zulke gesprekken door de deelnemers samen tot stand worden gebracht. Eerst wordt geschetst hoe consulten gewoonlijk verlopen: de normale vorm, die voor deelnemers het vanzelfsprekende handelings- en interpretatiekader vormt. De onderliggende logica van die vorm wordt geanalyseerd in termen van dienstverlening, waarbij wordt opgemerkt dat de gevraagde dienst veelal niet expliciet wordt vermeld. Vervolgens wordt ingegaan op enkele aspecten van medische ondervragingen, waaronder de terughoudendheid die artsen in hun reacties in acht nemen. Ten slotte worden enkele opmerkingen gemaakt over de eventuele toepasbaarheid van de verworven inzichten.

Ten Have P. Vorm en inhoud van spreekuurgesprekken. *Huisarts Wet* 1991; 34(7): 330-3.

Dr. P. ten Have, socioloog, Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Sociologie, Oude Hoogstraat 24, 1012 CE Amsterdam; telefoon 020-525.2250/9.

Inleiding

Gesprekken zoals huisartsen en patiënten die dagelijks voeren, hebben een herkenbare vorm. Ze vertonen een globaal verloop en een aantal specifieke kenmerken, die ze stempelen tot voorbeelden van een genre. Dat is niet in de eerste plaats een kwestie van inhoud, maar vooral een gevolg van de manier waarop ze georganiseerd zijn – een organisatie die door de deelnemers ter plekke in interactie tot stand wordt gebracht.

Spreekuurgesprekken kunnen op allerlei manieren worden beschouwd en bestudeerd. In dit artikel wordt uitgegaan van de visie van de sociologisch georiënteerde gespreksanalyse, veelal aangeduid als conversatie-analyse. Die benadering verschilt van een aantal andere benaderingen, doordat niet wordt uitgegaan van de deelnemende personen en hun bedoelingen, of van de brede maatschappelijke verhoudingen waarin de interactie is ingebed, maar van de wijze waarop het gesprek al doende zijn organisatorische vorm krijgt. Ik kan hier slechts een summier schets geven van deze benadering en de belangrijkste resultaten ervan. Ik baseer me daarbij in de eerste plaats op eigen onderzoek,¹ aangevuld met het werk van anderen die in deze richting werken.

Methode

In conversatie-analytisch onderzoek worden de vormen van (onderdelen van) het gesprek en de manieren waarop ze functioneren, onderzocht door een nauwgezette bestudering van audio- of video-opnamen of van de transcripties van opgenomen gesprekken. Enkele daartoe gebruikte transcriptie-symbolen zijn:

- goed: nadruk;
- •hh: hoorbare inademing;
- hh: hoorbare uitademing;
- ee:n: klankverlenging;
- (1): pauze in seconden;
- (.): heel kleine pauze;
- ↑ stijgende toonhoogte;
- ↓ dalende toonhoogte;
- ?: vragende intonatie;
- /: scheidt uitingen van verschillende sprekers;

- //: moment waarop de volgende uiting begint.

Mijn eigen onderzoek is gebaseerd op een vrij uitgebreid en gevarieerd corpus opnamen van normale, alledaagse huisartsconsulten, gemaakt in de jaren 1975-1985 in diverse huisartspraktijken in Nederland. Uit dat corpus is een beperkt aantal gesprekken uitgekozen voor nadere studie, terwijl ter aanvulling ook delen van andere gesprekken zijn bestudeerd. Die nadere studie bestaat uit een zorgvuldige transcriptie van het desbetreffende gesprek of fragment, gevolgd door een beschrijving van de gang van zaken in het desbetreffende gesprek(sdeel) in termen van een inherente gespreksorganisatie, waarbij met name aandacht wordt besteed aan de organisatie van de opeenvolging van uitingen en uitingdelen (sequentiële analyse). Voor een analyse van de visuele aspecten van medische consulten kan worden verwezen naar het werk van Heath.²

De uitspraken die als resultaat van deze studie gepresenteerd worden, hebben een kwalitatief en analytisch karakter; ze geven een organisatorische beschrijving van 'de normale vorm van het spreekuur' en van de aangetroffen variaties daarop. Zulk onderzoek leidt in principe niet tot kwantitatieve uitspraken over gedragingen (van artsen en/of patiënten) of over samenhangen tussen gedragingen en omstandigheden (leeftijd, geslacht en andere kenmerken van deelnemers, aard van de klachten, etc.). Het corpus opnamen c.q. de daaruit geselecteerde gesprekken vormen bovendien geen steekproef uit alle huisartsconsulten in Nederland gedurende de genoemde periode.

Mijn bespreking blijft onvermijdelijk globaal en doet te kort aan de talloze variaties die men in het materiaal kan aantreffen. De betekenis van die variaties lijkt echter vooral te zijn gelegen in hun afwijking van de normale vorm die hier geschetst wordt. Die vorm moet niet worden opgevat als een gemiddelde of als een door mij geponeerd normatief ideaal, maar als een beschrijving van een abstract model dat deelnemers lijken te hanteren om spreekuursituaties te interpreteren en vorm te geven.

Hoewel ik de hier gerapporteerde bevin-

dingen in hoofdzaak beperkt tot de resultaten van mijn eigen onderzoek, komen deze in grote lijnen overeen met wat men in het werk van andere onderzoekers aantreft. Natuurlijk zijn er variaties in aanpak, terwijl er ook aanwijzingen zijn voor verschillen tussen consulten in verschillende talen, culturen en systemen van gezondheidszorg. Die laatste verschillen betreffen dan zaken als taalmiddelen, beleefdheidsvormen, interactiestijlen en 'sfeer'. In deze bijdrage gaat het echter om een meer fundamenteel niveau van organisatie, dat als het ware het kader beschrijft waarin zulke variaties opgemerkt kunnen worden. Voor zover in het volgende over het veel of weinig voorkomen van gedragingen e.d. gesproken wordt is dat tentatief en illustratief bedoeld.

Resultaten

De normale vorm van het consult

Hoewel 'elk gesprek anders is', kan men bij bestudering van allerlei voorbeelden toch een grote lijn ontdekken in de manier waarop spreekurgesprekken worden afgewikkeld. Die lijn wordt hier geschetst, summier geïllustreerd met voorbeelden uit reële gesprekken.

Als de patiënt binnenkomt volgen er eerst enkele uitwisselingen met een begroetend karakter, dan kan de patiënt gaan zitten en steekt hij van wal, hiertoe veelal uitgenodigd door de arts. Vaak is die uitnodiging heel open ('vertel het es'), soms ook specifiek op de patiënt en diens geschiedenis gericht ('dat is een hele:: hh •h geschiedenis met jou geweest in eh januari hè / ja () (.) / en dat is toen dat is (.) sindsdien goed gegaan?').³

De manier waarop patiënten vertellen waarvoor ze komen, kan heel verschillend zijn, maar overwegend beginnen ze met een samenvattende beschrijving van hun klachten: '•hh nou dokter ik heb de laatste twee weken maagpijn (.) en als ik eet h dan is het net of er hier wat begint te bewegen hierin / hmmm / ook als ik drink'. Vaak wordt die presentatie gebracht als een verhaal: eerst iets over de achtergrond, dan de aanloop en ten slotte een cumulatie in dat wat tot het actuele bezoek heeft geleid: een nieuwe klacht, een plotselinge verergering,

het feit dat de klachten nog niet verdwenen zijn.

Veel aspecten van de vormgeving van klachtpresentaties lijken niet zo zeer ontworpen om de arts technisch adequaat te informeren, als wel om de komst naar het spreekuur te rechtvaardigen. Er wordt bezorgdheid uitgedrukt en die wordt aan de arts voorgelegd, en er wordt verwezen naar de eerdere medische geschiedenis. Opvallend is dat zulke vertellingen vaak geen expliciet verzoek bevatten, maar toch zonder verdere problemen door de arts als verzoeken worden behandeld: de arts stelt vragen over de klachten, doet onderzoek, stelt een diagnose en geeft een advies of begint een behandeling. Als patiënten al iets als een verzoek formuleren, dan is dat een verzoek om onderzoek: 'nou dokter ik wou da(t) u 's naar me ↑ been kijkt'.

Na afronding van de klachtpresentatie – en vaak al eerder – komt de arts met vragen naar aanleiding van het vertelde of met vragen die daar geen onmiddellijke (duidelijke) relatie mee hebben. Soms wordt ook meteen overgegaan tot de een of andere vorm van onderzoek. In veel gevallen gaat het zo dat de arts eerst wat doorpraat over de klachtpresentatie en dan een afzonderlijk onderzoek initieert, als om de ideeën die bij hem zijn opgekomen, nader te beproeven.

Vroeg of laat komen de resultaten van deze exploraties en onderzoekingen ter sprake, veelal eerst in de vorm van een (eventueel voorlopige) diagnose, daarna als behandelingsvoorstel of advies, of wordt de mogelijkheid van verwijzing, laboratoriumonderzoek of iets dergelijks ter berde gebracht. Daarbij is opvallend dat artsen er vaak op uit zijn de instemming van de patiënt te verwerven, zowel voor de diagnose als voor het advies, de behandeling of de verwijzing.

Is er uiteindelijk een beslissing genomen en is die aanvaard, dan kan de zaak verder worden afgewikkeld, met name administratief. Vaak gebruiken patiënten die periode om, als het ware incidenteel, nog andere onderwerpen ter sprake te brengen of terug te komen op hun overwegingen om naar het spreekuur te komen. Ook worden in deze fase weleens niet-medische onderwerpen aangesneden of grapjes gemaakt.

Dan wordt het consult meestal afgerond met instructies en afspraken, waarna men afscheid neemt.

In de praktijk komen natuurlijk allerlei afwijkingen voor, afhankelijk van allerlei omstandigheden. Die afwijkingen lijken echter zonder grote problemen te kunnen worden begrepen in termen van de geschetste normale vorm, bijvoorbeeld in de zin dat bepaalde onderdelen dan als het ware overbodig zijn en dus alleen maar aangegevoeld behoeven te worden.

Het consult als dienstverlening

De onderliggende logica van de geschetste vorm kan men zich als volgt voorstellen: de patiënt heeft een gezondheidsprobleem waar hij op eigen houtje niet uitkomt; daarom wordt een gecertificeerde deskundige geconsulteerd, die geacht wordt een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van dat probleem. De patiënt is dus cliënt, de arts dienstverlener. Om die dienstverlening te kunnen realiseren, is het nodig dat betrokkene eerst uitlegt wat het probleem is en welke dienst wordt verlangd, waarna hij zich verder laat ondervragen en meewerkt aan onderzoek. De dienstverlener kan zijn kennis en vaardigheden gebruiken om een bijdrage te leveren aan de oplossing van het gepresenteerde probleem. In de kern bestaat het contact dus uit twee delen: eerst gaat het over het probleem, dan over de oplossing.

Hoewel deze kern zeker herkenbaar is in de consulten die zich in de praktijk voordoen, zijn er verschillende complicaties die het verloop minder doorzichtig kunnen maken. Eén daarvan is de omstandigheid dat de aard van het probleem waar het om gaat, vaak niet zonder meer helder is: er zijn wel ziekte-aanwijzingen, problematische ervaringen of ongerustheid, maar de patiënt weet niet (precies) wat er aan de hand is. Het probleem is, bij wijze van spreken, zelf het probleem. Het consult heeft zodoende een dubbelkarakter: eerst gaat het over de vraag 'wat is er aan de hand?', dan over 'wat is er aan te doen?'.

Door de wijze waarop patiënten hun presentatie veelal vormgeven laten ze in het midden wat ze precies van de arts verwachten, voor welke dienst ze zich eigenlijk tot hem wenden. Met name tonen

ze geen keuze tussen twee mogelijkheden: hetzij alleen een verheldering van het probleem, een diagnose, hetzij tevens een bijdrage aan de oplossing van dat probleem, een advies of behandeling. Het is alsof zij alleen maar materiaal leveren om de arts op weg te helpen, maar de verdere gang van zaken aan deze overlaten.

In de meeste gevallen nemen artsen vaak al tijdens en anders meteen na de klachtpresentatie de leiding van het gesprek op zich en wikkelen zij het af volgens de geschetste normale vorm. Met andere woorden: hoewel patiënten vaak in het midden laten wat en 'hoeveel' ze van de arts verlangen, krijgen zij veelal het 'volledige pakket'. Dat kan ertoe leiden dat zij niet krijgen wat ze willen, bijvoorbeeld geruststelling, en wél wat ze niet willen, bijvoorbeeld een recept.

Uit de manier waarop patiënten aan het begin van het consult hun klachten naar voren brengen, spreekt een terughoudendheid ten aanzien van het vertonen van medische kennis, die men ook kan herkennen in de vorm waarin zij dat eventueel later in het gesprek doen: aarzelend en met veel vertoon van onzekerheid. Het komt nogal eens voor dat patiënten zelf een heel duidelijk idee hebben over wat er met hen aan de hand is, maar dat pas tersluiks laten blijken als de arts zijn diagnose heeft gegeven. Het lijkt alsof overwegingen van ritueel respect ten aanzien van de deskundigheid van de arts een belemmering vormen voor een heldere verwoording van de diensten die men wenst te ontvangen. Vergelijk in dit verband de bevindingen van *Frankel* en *West* dat het vooral artsen zijn die vragen stellen, en patiënten die ze beantwoorden, terwijl de weinige vragen die patiënten naar voren brengen, vaak aarzelend worden gebracht en/of weinig succes hebben.^{4 5} Omgekeerd krijgt men weleens de indruk dat sommige artsen een nadrukkelijk verzoek om een bepaald recept of een doorverwijzing inderdaad opvatten als een aantasting van hun rituele status als professional en expert. Kortom, de realisering van de dienstverlening wordt gecompliceerd door overwegingen van ritualiteit die samenhangen met het leek/expert-verschil.

Aan de andere kant lijkt het voor de arts

ook praktische voordelen te hebben om vrij snel na de klachtpresentatie de loop van het gesprek in handen te nemen en, ongeacht de mogelijke wensen van de patiënt, het gesprek een relatief gestandaardiseerde vorm te geven, waarin eerst het probleem en dan de oplossing centraal staat. Op die manier blijft het consult beter hanteerbaar dan wanneer de arts meer aan de patiënt zou overlaten. Door naar aanleiding van de uitingen van de patiënt een vrij specifiek en behandelbaar probleem te selecteren, kan de arts toewerken naar het verlenen van een concrete dienst – bijvoorbeeld het voorschrijven van een medicijn – die werkt als een oplossing (voor het moment).⁶ Als die dienst verleend is, kan het gesprek op natuurlijke wijze worden afgesloten, wat met allerlei andere manieren om het gesprek te organiseren veel minder gemakkelijk gedaan kan worden.

Verschuivende auteurs hebben geconstateerd dat er in veel medische contacten sprake is van een meer of minder sterke spanning tussen twee verschillende interactiestijlen: aan de ene kant een door de arts gedomineerde, zakelijke en op dienstverlening gerichte stijl en aan de andere een veel minder formele, op expressie gerichte stijl, die de vorm krijgt van het vertellen van verhalen en het tonen van begrip voor de daarin tot uitdrukking gebrachte ervaringen.^{7 8} Men zou kunnen zeggen dat op bepaalde momenten verschillende sociale vormen convergeren of zelfs interfereren. In mijn eigen werk heb ik getracht te laten zien dat er ook nog andere convergenties op kunnen treden, met name met vormen ontleend aan de psychotherapie (142-74).¹

De interactievorm die correspondeert met het verlenen van concrete diensten, lijkt dus de basis te vormen voor de organisatie van de meeste spreekurgesprekken. Voor wat het patiëntenaandeel betreft, wordt de realisering van die vorm tot op zekere hoogte belemmerd door rituele verplichtingen ten opzichte van de expertise van de arts. En verder wordt de dienstverlening in de praktijk gecompliceerd door de interferentie van andere vormen, zoals het vertellen van verhalen en het geven van gesprekstherapie, die een andere relatiebasis veronderstellen en die andere effecten

hebben. Eén belangrijk punt voor artsen daarbij is dat die andere vormen minder goed beheersbaar zijn.

Vragen, antwoorden en reacties

Binnen de besproken globale vormen krijgt het gesprek zijn bijzondere karakter door de wijze waarop deelnemers hun uitingen van moment tot moment ontwerpen en op elkaar afstemmen. Veel conversatie-analytisch onderzoek is met name op dit micro-niveau gericht. Naast vertellingen, zoals in klachtpresentaties en verhalen door patiënten, en uiteenzettingen of instructies door artsen, treft men met name ondervragingssequenties aan.⁹ De vragen die artsen stellen, kunnen een uiteenlopend karakter hebben: soms zijn ze heel open, bijvoorbeeld om iets af te checken: 'ergens pijn heb je niet hè?', vaak ook heel precies, bijvoorbeeld bij lichamelijk onderzoek: 'doe 's omhoog, (.) doet 't pijn ↑ n (0.6) / nee dat ↑ niet, (.) / nee:, (.) en die voet om- ↑ hoog (1.1) ook niet? () / nee ↑.' Die vragen worden veelal niet ingebed in uitleg over de voortgang van het spreekuur: de achterliggende redenering van de arts om juist dat te vragen wordt niet geopenbaard. Daarin toont de arts zich de professional die aan leken geen onmiddellijke verantwoording schuldig is. De patiënt heeft zijn lekenduidingen verwoord en moet zich nu laten ondervragen om de expert in staat te stellen zich een oordeel te vormen.

De antwoorden die patiënten geven, bestaan vaak uit twee delen, eerst het letterlijke, precieze antwoord, dan de een of andere uitwerking daarvan, soms een toevoeging die in het geheel niet gevraagd was.⁹ Op zulke toevoegingen wordt door artsen vaak niet of nauwelijks gereageerd, zoals in het vervolg van de voorafgaande ondervraging: 'ook niet? () / nee ↑ . / •hh//hh / 't is steeds//die spi-/ en BUIG 'm 's (0.5) ja: ↓ . / •hh (.) ↑ knie: ↓ en is 't niet h//oor e:h / (°neu: ↓)'.¹⁰

Überhaupt wordt het reageren door artsen op wat patiënten vertellen gekenmerkt door grote terughoudendheid.^{9 11} Artsen horen kennelijk wel wat patiënten al dan niet gevraagd vertellen – dat blijkt soms later in het gesprek – maar ze laten niet of nauwelijks merken wat ze daarmee doen. Pas het eindprodukt van hun informa-

tieverwerking komt, strategisch verpakt in diagnose en advies, terug in het gesprek. Artsen beperken hun reacties veelal tot korte ontvangtsignalen, die vooral een gesprekssturende functie lijken te hebben.⁹ Ze geven geen oordeel, tonen slechts in beperkte mate medeleven en laten nauwelijks zien wat zij belangrijk vinden en wat niet. Het is denkbaar dat de tendens bij patiënten om veel te herhalen of ongevraagd informatie toe te voegen, samenhangt met zo'n terughoudendheid in het reageren van artsen.

Beschouwing

De training van artsen in opleiding of bij nascholingsactiviteiten lijkt in hoofdzaak gebaseerd op een sociaal-psychologisch denkkader met een accent op individuele deelnemers, hun motieven en strategieën, terwijl hier gesproken is over sociale vormen en gespreksorganisatie. Het idee is dat deelnemers hun optreden selecteren uit een repertoire van mogelijkheden en dat ze daarbij de verwachtingen die voor die situatie bestaan verdisconteren. Wat gespreksanalytisch onderzoek laat zien, is de intensiteit en complexiteit van de verwevenheid van vormgeving en plaatsing van uitingen, globale en lokale verwachtingen, en de implicaties die een en ander blijkt het vervolg van het gesprek heeft.

Conversatie-analytisch onderzoek is in

eerste instantie niet gericht op het formuleren van adviezen aan deelnemers, maar de daarin verworven inzichten zouden daar in tweede instantie wel voor gebruikt kunnen worden.¹ Het zou dan bij voorbeeld kunnen gaan om het laten zien van de mogelijke effecten van bepaalde kenmerken van de stijl van deelnemers, zoals eerder gesuggereerd ten aanzien van de terughoudendheid in het reageren van artsen. Ook kan men op basis van de organisatorische structuur wijzen op bepaalde strategische mogelijkheden en dilemma's. En verder kan men bepaalde in de bestaande literatuur geformuleerde adviezen kritisch evalueren op basis van verworven inzichten in de werking van typen uitingen, zoals samenvattingen.¹²

Literatuur

- ¹ Ten Have P. Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-spreekurgesprekken. Dordrecht: Foris, 1987.
- ² Heath C. Body movement and speech in medical interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- ³ Heath C. The opening sequence in doctor-patient interaction. In: Atkinson P, Heath C, eds. Medical work. Realities and routines. Farnborough: Gower, 1981: 71-90.
- ⁴ Frankel R. Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In: Psathas G, ed.

Interactional competence. Washington: University Press of America, 1990: 231-62.

- ⁵ West C. Routine complications: trouble with talk between doctors and patients. Bloomington: Indiana University Press, 1984.
- ⁶ Ten Have P. 'Dus met deze medicijnen los ik dat probleem niet op'. Medicatie en de organisatie van medische interactie. Medische Antropologie 1990; 2: 51-6.
- ⁷ Mishler EG. The discourse of medicine: dialectics of interviews. Norwood NJ: Ablex, 1984.
- ⁸ Davis K. Power under the microscope: toward a grounded theory of gender relations in medical encounters. Dordrecht: Foris, 1988.
- ⁹ Frankel RM. From sentence to sequence. Understanding the medical encounter through micro-interactional analysis. Discourse Processes 1984; 7: 135-70.
- ¹⁰ Ten Have P. Und der Arzt schweigt. Sprechstunden-Episoden, in denen Ärzte auf Patientinformationen sprachlich nicht reagieren. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R, Hrsg. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.
- ¹¹ Mazeland H. Die Kontextualität minimaler Redeannahmen im Arzt-Patient-Diskurs. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R, Hrsg. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.
- ¹² Houtkoop H. Summarizing in doctor-patient interaction. In: Ensink T, et al., eds. Discourse and public life. Dordrecht: Foris, 1986: 201-21.