

9 CONCLUSIES

In dit laatste hoofdstuk zal ik in paragraaf 9.1 enkele conclusies formuleren. In paragraaf 9.2 zal ik ingaan op mogelijke praktische implicaties van dit onderzoek voor de huisartspraktijk. Tot slot zal ik enkele aanbevelingen doen voor verder onderzoek naar interactie en psychosociale problematiek in de huisartspraktijk.

9.1 Conclusies

Uit onderzoek dat in Nederland is gedaan blijkt dat ongeveer één vijfde van het klachtenaanbod in de huisartspraktijk uit psychosociale problemen bestaat. Patiënten blijken die problemen overwegend in termen van lichamelijke klachten te presenteren. Ook in dit onderzoek blijkt dat er volgens de patiënten in ongeveer één vijfde van de opgenomen consulten over psychosociale aspecten met betrekking tot een lichamelijke klacht wordt gesproken. In werkelijkheid ligt dit aantal nog hoger. In dit onderzoek blijkt bovendien dat patiënten regelmatig zelf hun lichamelijke klacht in verband brengen met psychosociale aspecten. Er is voor deze studie nog nooit onderzocht of en hoe patiënten dit zelf doen, en er is ook nog weinig onderzocht hoe huisartsen psychosociale aspecten voor de klacht aan de orde stellen.

Centraal in dit onderzoek staat de beschrijving van de verschillende manieren die patiënten, en huisartsen in consulten gebruiken om lichamelijke klachten in verband te brengen met psychosociale oorzaken. Uit de wijze waarop dit wordt gedaan komen twee belangrijke interactionele aspecten naar voren. Ten eerste blijkt dat zowel huisartsen als patiënten taalhandelingen waarmee zij de klacht in verband brengen met psychosociale oorzaken met voorzichtigheid formuleren. Huisartsen en patiënten laten zien dat psychosociale verklaringen *delicaat behandeld worden* in het consult. Ten tweede blijkt dat huisartsen en patiënten beiden gericht zijn op het oordeel van de ander voor de vaststelling van een psychosociale oorzaak voor een lichamelijke klacht. Psychosociale verklaringen worden interactioneel als een *gezamenlijke activiteit* geconstrueerd. Ik zal kort samenvatten hoe deze twee aspecten tot uiting komen in de wijze waarop patiënten en huisartsen lichamelijke klachten in verband brengen met psychosociale oorzaken. Ik zal eerst stilstaan bij de wijze waarop dit in het gedrag van patiënten naar voren komt en vervolgens zal ik kijken naar hoe dit in het gedrag van huisartsen tot uiting komt.

Psychosociale verklaringen van patiënten

Wanneer patiënten bij de huisarts hun klachten rapporteren dan laten zij in hun formuleringen verschillen zien tussen uitspraken over feiten waarin zij deskundig zijn en uitspraken over zaken waarover zij geen expertise hebben. Dit wil zeggen dat empirische feiten als de sensaties, duur, omstandigheden en lokalisatie van de klacht als objectieve beweringen worden geformuleerd. Dit in tegenstelling tot uitspraken over de oorzaak van een klacht of verklaringen voor de klacht. Die worden als subjectieve beweringen geformuleerd waarmee patiënten laten zien dat zij niet de expertise hebben voor het doen van uitspraken over de causaliteit van hun klacht. Althans, patiënten geven in de formulering van hun uitspraken aan dat zij niet zeker zijn over verklaringen voor de klacht. Ook wanneer patiënten uitspraken doen over mogelijke psychosociale oorzaken, oorzaken die

liggen binnen de eigen leefwereld, dan formuleren zij deze uitspraken toch met de nodige voorzichtigheid.

Patiënten blijken hun psychosociale verklaringen op een expliciete of op een impliciete wijze te presenteren. In beide gevallen laten zij zien uitspraken over causaliteit met voorzichtigheid te doen. Wanneer patiënten hun klachten expliciet in verband brengen met psychosociale oorzaken, dan formuleren zij hun verklaringen met tentatieve elementen, bijvoorbeeld 'ik *denk* dat het *misschien* wel van de stress *zou kunnen* komen'. Patiënten presenteren op die manier hun psychosociale verklaringen als mogelijkheden. Wanneer zij impliciet hun klacht in verband brengen met psychosociale oorzaken gaan zij nog voorzichtiger te werk. Patiënten rapporteren in die gevallen psychosociale omstandigheden of gebeurtenissen zonder deze expliciet in een causaal verband met de klacht te brengen. Doordat zij bijvoorbeeld een opeenvolging van psychosociale feiten rapporteren na een presentatie van de klacht kunnen patiënten impliciet een potentieel causaal verband aanbrengen tussen deze feiten en de klacht. Patiënten kunnen op die manier een psychosociale verklaring impliceren.

Patiënten laten door deze twee manieren zien dat zij de handeling 'verklaren' ten overstaan van de huisarts als een delicate handeling beschouwen en dat zij voorzichtig omgaan met uitspraken over causaliteit met betrekking tot hun klachten. Patiënten laten in de wijze van formuleren zien dat zij hun subjectieve lekenkennis presenteren met betrekking tot de oorzaak van een klacht en dat zij de huisarts beschouwen als de eigenlijke expert aangaande uitspraken over causaliteit van een klacht. Patiënten laten door de manier waarop zij zelf verklaringen formuleren, zien dat zij verklaringen voor de klacht als een medisch professionele taak in het consult beschouwen. Dit betekent dan ook dat de psychosociale verklaringen van patiënten gericht zijn op het oordeel van de huisarts. Op deze wijze organiseren patiënten psychosociale verklaringen als een gezamenlijke activiteit.

Huisartsen blijken over het algemeen de eigen gedachten van patiënten over de mogelijke psychosociale oorzaak van een klacht te bevestigen, onafhankelijk van de wijze waarop de patiënt de verklaring heeft geformuleerd. De plaats waarop de huisarts zijn oordeel geeft over de verklaring is afhankelijk van twee factoren, namelijk de fasering van het consult en het proces van legitimering van de gepresenteerde psychosociale oorzaak. In sommige consulten rapporteren patiënten een psychosociale verklaring van de klacht op momenten dat de huisarts nog bezig is met het verzamelen van informatie over de klacht en dus voordat hij overgaat tot een diagnose of verklaring van de klacht. De patiënt heeft in die gevallen al een handeling verricht die in het werkschema van de huisarts nog niet aan de orde is. Huisartsen geven dan vaak pas later in het consult hun oordeel over de psychosociale verklaring van de patiënt. Ze laten hiermee zien volgens een bepaald algoritme te werken waarin handelingen als verklaringen of diagnoses gerelateerd zijn aan bepaalde fasen in het gesprek. Naast de oriëntatie op een taakgerelateerde fasering van het consult van de huisarts, speelt ook de legitimering van de geformuleerde psychosociale verklaring een rol bij het geven van een oordeel door de huisarts. Het blijkt dat de psychosociale oorzaak in verklaringen van patiënten toegelicht of onderbouwd moet worden voordat de huisarts zijn oordeel geeft over deze verklaring. In die consulten waarin de patiënt deze vorm van legitimering niet verricht, initieert de huisarts meestal een dergelijke patiëntenactiviteit door de genoemde psychosociale oorzaak te thematiseren. Psychosociale verklaringen die geïnitieerd zijn door de patiënt worden over het algemeen bevestigd door de huisarts en op die manier gezamenlijk vastgesteld in het consult. Huisartsen laten echter door de plaats en de aard van hun reactie zien dat zij bepaalde criteria aan de verklaringen

van patiënten stellen allereerst voor wat betreft de plaatsing van die taalhandeling in het consult en eveneens wat betreft inhoud en onderbouwing van de verklaring. Opvallend in de reacties van de huisartsen is dat expliciete bevestigingen zelden voorkomen. De bevestigingen van de kant van de huisarts worden overwegend met voorzichtige elementen geformuleerd waardoor de psychosociale verklaringen hun voorlopige, voorzichtige status blijven behouden.

Psychosociale verklaringen van huisartsen

Wanneer huisartsen diagnoses of verklaringen op eigen initiatief geven dan zijn er verschillen in de formuleringen afhankelijk van het feit of de handeling betrekking heeft op somatische oorzaken of op psychosociale oorzaken. Somatische verklaringen worden vrijwel uitsluitend in de vorm van objectieve beweringen geformuleerd. Psychosociale verklaringen worden daarentegen altijd in de vorm van een vraag geformuleerd. Op deze manier laten huisartsen zien dat zij dit laatste type handeling voorzichtig doen. Huisartsen leggen verklaringen die betrekking hebben op de leefwereld van patiënten aan de patiënt voor of laten hen deze zelf formuleren. Huisartsen blijken in zulke vragen psychosociale oorzaken voor lichamelijke klachten op een expliciete of een impliciete wijze aan de orde te stellen. Of de huisarts dit nu meer expliciet of meer impliciet aan de orde stelt, deze handeling wordt altijd met de nodige omzichtigheid gedaan. In oorzaakzoekende vragen ('heb je enig idee waarom je dan zo vaak deze klachten hebt') wordt op een impliciete wijze aan de patiënt gevraagd of hij een mogelijke oorzaak voor de klacht heeft. De diagnostische activiteit wordt in die gevallen overgedragen aan de patiënt. Uit het vervolg op dit type vragen blijkt dat de huisarts met zijn oorzaakzoekende vraag op zoek is naar een oorzaak binnen de psychosociale sfeer. In oorzaakverifiërende vragen ('heeft dat nou ook te maken met de drukte enzo in het werk') formuleert de huisarts expliciet een mogelijke psychosociale oorzaak en legt deze aan de patiënt ter beoordeling voor. In de wijze waarop huisartsen deze oorzaaksvragen formuleren laten zij echter steeds zien deze handelingen als delicate handelingen te beschouwen. Huisartsen blijken uitspraken die betrekking hebben op aspecten van de leefwereld van patiënten aan de patiënt ter beoordeling voor te leggen of deze oorzaken door patiënten te laten invullen.

Beide typen oorzaaksvragen van de huisarts zijn gericht op de mening of het oordeel van patiënten over een psychosociale oorzaak en daarmee op de gezamenlijke vaststelling van een mogelijke psychosociale verklaring. Patiënten blijken verschillend te reageren op deze twee soorten oorzaaksvragen. Op oorzaakzoekende vragen reageren patiënten nooit met een eigen verklaring. Men geeft aan geen verklaring te hebben en niet te weten wat een mogelijke oorzaak kan zijn. Op oorzaakverifiërende vragen reageren patiënten met bevestigingen of verwerpingen, maar deze worden wel met voorzichtigheid geformuleerd waardoor de verklaring een bepaalde tentatieve status behoudt. Oorzaakverifiërende vragen leiden dus in een aantal gevallen tot een gezamenlijke vaststelling van een psychosociale verklaring voor de klacht, terwijl dit in mijn corpus niet voorkomt bij oorzaakzoekende vragen.

Delicaatheid van psychosociale verklaringen

De delicaatheid van psychosociale verklaringen is bij huisartsen en patiënten van een andere orde. Patiënten doen verklaringen als delicate handelingen aangezien zij deze uitspraken over causaliteit met betrekking tot de klacht als een medische professionele taak van de huisarts beschouwen. De delicaatheid wordt veroorzaakt door een oriëntatie van de patiënt op een handeling die in het consult identiteitgebonden blijkt te zijn. Tegelijkertijd

lijkt de delicaatheid ook mede veroorzaakt te worden door de inhoud waarop een psychosociale verklaring betrekking heeft. Wanneer patiënten hun lichamelijke klachten zelf al psychosociaal verklaren, dan lijkt de reden van de komst naar de huisarts minder relevant. Immers, de patiënt heeft zelf al een oorzaak voor de klacht en deze oorzaak ligt dan binnen de leefwereld van de patiënt. De patiënt lijkt hierdoor zelf reeds (een deel van) de oplossing voor zijn klacht in handen te hebben. Dit kan mede een reden zijn om de psychosociale verklaringen als voorzichtige, tentatieve beweringen te formuleren.

Huisartsen doen uitspraken over psychosociale oorzaken als delicate handelingen aangezien zij hiermee uitspraken doen over omstandigheden die betrekking hebben op de leefwereld van patiënten en hiervoor is de patiënt in eerste instantie de expert. Voor de verificatie van deze feiten zijn huisartsen afhankelijk van het oordeel van de patiënt. De delicaatheid van oorzakovragen heeft te maken met het gegeven dat de domeinen waarop deze vragen betrekking hebben bestaat uit kennis die de huisarts in de regel niet heeft. Ook het feit dat het om aspecten uit de privésfeer gaat, kan aan de delicate handelswijze bijdragen. Tegelijkertijd lijkt de delicaatheid van de vraagvorm van oorzakovragen gericht op een gezamenlijke vaststelling van de psychosociale oorzaak. De patiënt wordt door middel van de vraagvorm uitgenodigd zijn oordeel te geven over een psychosociale oorzaak of om deze oorzaak zelf te formuleren. Dat de patiënt deze handeling zelf verricht is van belang voor het vervolg van het consult met betrekking tot het advies of de behandeling van de huisarts. Wanneer een psychosociale oorzaak door de patiënt zelf wordt vastgesteld of bevestigd, lijkt een advies dat betrekking heeft op de leefwereld van de patiënt ook niet echt op weerstand te zullen stuiten aan de kant van de patiënt.

Door op een delicate wijze over psychosociale onderwerpen te spreken, maken huisartsen en patiënten deze onderwerpen tot een delicaat onderwerp in consulten. Bergmann (1992: 154) beschrijft dit proces als volgt: *“By describing something with caution and discretion, this ‘something’ is turned into a matter which is in need of being formulated cautiously and discreetly.”* Zowel patiënten als huisartsen zijn gericht op de ander zijn oordeel over de psychosociale verklaring. Beiden trachten dit als een gezamenlijke interactionele activiteit te organiseren. Op het gebied van psychosociale verklaringen is er een wederzijdse afhankelijkheid van huisarts en patiënt. Patiënten zijn afhankelijk van de verificatie van het geopperde causale verband door de huisarts en huisartsen zijn afhankelijk van de verificatie door de patiënt. Wanneer patiënten het initiatief nemen tot een psychosociale verklaring slagen zij hier beter in dan wanneer huisartsen het initiatief hiertoe nemen. Expliciete onomwonden gemeenschappelijke vaststellingen van psychosociale oorzaken komen vrijwel nooit voor in deze studie. Het is zelfs opvallend dat bevestigingen van psychosociale oorzaken zowel door de huisarts als de patiënt voorzichtig worden geformuleerd waardoor het delicate karakter van dergelijke verklaringen bewaard blijft. Dit zou kunnen wijzen op een blijvende onzekerheid aangaande psychosociale verklaringen.

Cumulatieve vicieuze cirkel van delicaatheid

De manieren waarop huisartsen en patiënten psychosociale verklaringen tot stand brengen variëren wat betreft de mate waarin rekening gehouden wordt met de delicaatheid. Zo gaan de impliciete manieren een stapje verder qua delicaatheid dan de expliciete manieren. Met name de oorzaakzoekende vragen spannen de kroon wat betreft hun impliciete gerichtheid op psychosociale verklaringen (bijvoorbeeld ‘heb je enig idee waarom je dan zo vaak deze klachten hebt’). Uit de formulering van deze vragen is niet echt op te maken dat de huisarts op dit moment op zoek is naar psychosociale oorzaken. Dit blijkt pas expliciet uit

het vervolg op deze vragen. Na negatieve reacties van patiënten op dit type vragen, hanteren huisartsen namelijk de domeincheckliststrategie waarmee zij op zoek gaan naar mogelijke psychosociale oorzaken van de klacht. Nadat de patiënt heeft aangegeven geen oorzaak voor de klacht te weten checkt de huisarts verschillende domeinen uit de psychosociale sfeer (bijvoorbeeld 'wat voor werk doe je'). Hij gaat zo op zoek naar mogelijke problematische domeinen die tot oorzaak van de klacht kunnen worden gemaakt. Ook met deze strategie is de huisarts impliciet op zoek naar mogelijke psychosociale verklaringen en behandelt hij dit type handeling als een delicate aangelegenheid.

Ik denk dat deze delicaatheid niet alleen uitdrukking is van de wijze waarop huisartsen psychosociale oorzaken behandelen, maar dat deze delicaatheid ook de oorzaak is voor het feit dat huisartsen psychosociale oorzaken op een dusdanige wijze behandelen. De delicaatheid van psychosociale problematiek komt in het taalgebruik tot uitdrukking, en wordt daardoor interactioneel gereproduceerd en herbevestigd¹. Niet alleen in het taalgebruik worden psychosociale oorzaken of verklaringen tot een delicaat onderwerp gemaakt, maar ook doordat psychosociale verklaringen of psychosociale problematiek delicate onderwerpen zijn in het huisarts-patiëntgesprek wordt er op een dusdanige wijze over gesproken. Psychosociale verklaringen lijken zich in een soort *cumulative vicieuze cirkel van delicaatheid* te bewegen.

Niet alleen huisartsen definiëren de psychosociale problematiek op deze delicate wijze, ook de patiënten dragen hun steentje bij aan de delicaatheid van dit onderwerp. De wijze waarop zij dit doen is echter minder verstrekkend. Patiënten formuleren hun psychosociale verklaringen soms op een impliciete wijze en laten het hier ook bij wanneer deze verklaringen niet door de huisarts worden opgepikt. Huisartsen daarentegen blijken echter na een ontkenning van de patiënt op een oorzaakzoekende vraag door te gaan met een impliciete strategie. Daarin gaan zij op zoek naar mogelijke psychosociale oorzaken. Huisartsen zetten op die momenten alsnog een andere tamelijk impliciete strategie in om tot een psychosociale verklaring van de klacht te komen.

Zowel oorzaakzoekende vragen als de domeincheckliststrategie blijken bij te dragen aan de delicaatheid van psychosociale verklaringen. In vergelijking met oorzaakverifiërende vragen zijn dit meer delicate handelingen. In oorzaakverifiërende vragen geeft de huisarts immers expliciet een psychosociaal feit als oorzaak van de klacht aan (bijvoorbeeld 'heeft dat nou ook te maken met stress op 't werk'). Oorzaakverifiërende vragen zijn bovendien effectiever wat betreft de gezamenlijke vaststelling van een psychosociale oorzaak van de klacht. Dit succes kan gedeeltelijk verklaard worden doordat huisartsen in deze vragen duidelijk aangeven waar zij mee bezig zijn. De huisarts geeft een expliciete oorzaak aan, maar afhankelijk van de fase van het gesprek wordt de oorzaak ook nog uitgebreid ingeleid door een legitimering van deze vraag en bovendien worden de vragen voorzien van de afzwakker 'ook'. Hoewel de huisarts expliciet te kennen geeft een oorzaak te zoeken binnen het psychosociale domein wordt deze handeling wel met delicaatheidsaspecten omkleed. Oorzaakzoekende vragen kan men als '*client centered*' en 'non-directief' kwalificeren, terwijl bij oorzaakverifiërende vragen eerder het tegenovergestelde het geval is. Het blijkt nu dat een meer Rogeriaanse aanpak beduidend minder

¹ Houtkoop-Steenstra en Weijts (1994: 306) beschrijven een vergelijkbare praktijk met betrekking tot het praten over seksualiteit in gynaecologische consulten. Zij zeggen: "omdat seksualiteit als delicaat onderwerp wordt beschouwd, wordt er op delicate wijze over gesproken, en door er op delicate wijze over te spreken wordt seksualiteit door de gespreksvoerders als delicaat onderwerp gedefinieerd."

psychosociale verklaringen oplevert. Er lijkt een verband te bestaan tussen de mate van explicietheid van de huisarts aan de ene en de mate van instemming of afwijzing door patiënten in de reacties op oorzaksvragen aan de andere kant. Wanneer de patiënt geen aanwijzingen geeft voor een psychosociale verklaring, kan dit zowel betekenen dat hij geen psychosociale verklaring weet als dat hij deze ontkent dan wel verdringt. Met name na oorzaakzoekende vragen kan men dit standpunt makkelijker volhouden dan na oorzaakverifiërende vragen.

Geringe invloed van psychosociale verklaringen op het advies

Één van de redenen voor de gezamenlijke vaststelling van psychosociale oorzaken is het belang ervan voor het soort advies of behandeling dat naar aanleiding van deze verklaringen kan worden gegeven. Wanneer de patiënt instemt met de psychosociale verklaring van de huisarts dan lijkt het ook aannemelijk dat hij welwillend staat ten aanzien van een advies in de sfeer van die psychosociale oorzaak. In consulten waarin er overeenstemming is over een psychosociale oorzaak, blijkt er echter nooit een advies te worden gegeven dat alleen maar betrekking heeft op de leefwereld van de patiënten. Huisartsen richten zich in deze consulten ook altijd nog op de somatische aspecten van de klacht. Huisartsen willen systematisch somatische oorzaken uitsluiten, ondanks een al vastgestelde psychosociale oorzaak.

In consulten waarin er gebrek aan overeenstemming is over een psychosociale oorzaak wordt er ook nooit slechts één type advies of behandeling voorgesteld. Wanneer een psychosociale verklaring van de huisarts aan de kant van de patiënt op weerstand stuit, is de huisarts min of meer gedwongen tot een somatische behandeling van de klacht. De huisarts houdt in dat geval echter ondanks de somatische behandeling een psychosociale verklaring voor de klacht achter de hand, mocht een somatisch onderzoek niets uitwijzen.

Er is geen één op één relatie tussen het type verklaring dat voor de klacht wordt gegeven en het soort advies of behandeling. Met betrekking tot het advies is er sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen huisarts en patiënt in die consulten waarin over mogelijke psychosociale verklaringen voor de klacht wordt gesproken. Wanneer een patiënt een psychosociale verklaring verwerpt, is de huisarts min of meer gedwongen tot een somatisch advies. Wanneer een huisarts een psychosociale verklaring verwerpt of eraan voorbij gaat, is de patiënt min of meer gedwongen tot een somatische behandeling of advies. De huisarts blijkt zich wat betreft het advies en behandeling in ieder geval ook te beroepen op zijn somatische professionaliteit. In alle consulten wordt namelijk in ieder geval een somatisch advies gegeven, en/of een somatische verklaring uitgesloten.

Het vaststellen van een psychosociale verklaring blijkt dus uiteindelijk slechts een geringe invloed te hebben op het type advies dat de huisarts geeft. De huisarts blijft altijd gericht op de somatische kant van de klacht en laat daarmee zien op dat terrein in ieder geval de expert te zijn. Ondanks expliciete psychosociale verklaringen komen adviezen in de sfeer van leef- of gedragsregels of doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg praktisch nooit voor in het onderzoeksmateriaal. Wel kan de psychosociale oorzaak tijdens het gesprek zelf behandeld worden. De vraag dringt zich op wat de functie is van het vaststellen van een dergelijke verklaring. Dat geldt helemaal voor die consulten waarin huisartsen gedurende een lange periode op zoek gaan naar mogelijke psychosociale oorzaken met behulp van de domeincheckliststrategie. Kennelijk zijn huisartsen wel duidelijk bezig met zowel somatische als psychosociale aspecten van een klacht, maar zetten zij de psychosociale aspecten van een klacht niet om in een advies of behandeling.

9.2 Praktische implicaties

In deze paragraaf zal ik naar aanleiding van het onderzoek enkele praktische implicaties voor de huisartspraktijk en de huisartsenopleiding formuleren. Voordat ik dat doe is het echter van belang de vraagstelling en de opzet van deze studie in het oog te houden. Deze studie is een kwalitatief, beschrijvend onderzoek waarin ik aan de hand van fragmenten uit consulten verschillende manieren heb beschreven waarmee huisartsen en patiënten lichamelijke klachten in verband brengen met psychosociale oorzaken. Het ging mij er in eerste instantie om inzicht te krijgen in de aspecten van de interactionele organisatie van dit fenomeen. Het doel was vooral het beschrijven van de methoden die huisartsen en patiënten gebruiken om psychosociale oorzaken vast te stellen. Hiermee wordt tevens de beperking van dit onderzoek aangegeven. De beschrijvingen zijn gebaseerd op een beperkt aantal consulten waardoor het onmogelijk is generaliserende uitspraken te doen over de consultvoering in de huisartspraktijken in Nederland. De hier voorgestelde adviezen worden met voorzichtigheid geformuleerd en dienen dan ook met voorzichtigheid geïmplementeerd te worden.

Ondanks de beperkte omvang van het corpus heb ik in dit onderzoek de vinger weten te leggen op methoden van huisartsen en patiënten om lichamelijke klachten in verband te brengen met psychosociale oorzaken. Ik heb zeker niet alle mogelijke manieren beschreven die gebruikt worden, maar wel enkele fundamentele patronen behandeld. Naast de karakterisering van deze praktijken, heb ik ook gekeken naar verschillen wat betreft het sequentiële vervolg en daarmee ook naar effectiviteit in termen van vaststelling van psychosociale verklaringen door zowel de huisarts als de patiënt. Deze analyses kunnen patiënten en huisartsen bewust maken van hun eigen handelen en bijdragen aan een inzicht in de beschreven fenomenen.

Zoals ik in dit onderzoek heb laten zien, proberen huisartsen en patiënten deze verklaringen gezamenlijk tot stand te brengen. Dit betekent dat iedere suggestie voor een verandering van dit gedrag gevolgen heeft voor de interactionele organisatie in het consult. Het is belangrijk rekening te houden met de interactionele gevolgen of consequenties van adviezen of verbeteringen van gedrag².

Een constatering uit dit onderzoek is dat psychosociale oorzaken van een lichamelijke klacht tot een delicaat gespreksonderwerp worden gemaakt door de wijze waarop huisartsen en patiënten over dit onderwerp spreken. Tegelijkertijd nam ik aan dat dit onderwerp waarschijnlijk ook al bij voorbaat een delicaat gespreksonderwerp is in de huisartspraktijk. Door het gedrag van huisarts en patiënten lijkt de delicaatheid van het onderwerp alleen nog maar bevestigd en versterkt te worden. De adviezen die naar aanleiding van de bevindingen geformuleerd kunnen worden hebben alleen betrekking op het gedrag van huisartsen en patiënten in consulten. Het is de vraag in hoeverre veranderingen in dit gedrag ook leiden tot veranderingen in de onderliggende opvattingen en houdingen van huisartsen en patiënten ten aanzien van de psychosociale problematiek. In het onderzoek constateerde ik bijvoorbeeld dat zowel huisartsen als patiënten nooit expliciet en volmondig een genoemde psychosociale oorzaak bevestigen. Reacties werden altijd voorzichtig geformuleerd waardoor de psychosociale verklaring haar tentatieve status bleef behouden. De voorzichtigheid met betrekking tot psychosociale oorzaken wordt als het ware door patiënt én huisarts gehandhaafd onafhankelijk van wie het initiatief nam tot

² Zie hiervoor ook Heath (1992: 264) en Erickson en Shultz (1982: 200).

een psychosociale verklaring. Dit betekent dat huisartsen en patiënten ook in hun reacties de delicateit van dit gespreksonderwerp bevestigen. Het is daarom nog maar de vraag in hoeverre veranderingen in het taalgedrag met betrekking tot dit onderwerp op enigerlei wijze de delicateit rondom psychosociale oorzaken kan veranderen. Aan de andere kant is juist uit het interactiegedrag door de interactiepartner af te leiden hoe iemand een bepaald onderwerp behandelt. Op deze weg doorredenerend zouden bijvoorbeeld veranderingen in het interactiegedrag van de huisarts de patiënt duidelijk kunnen maken dat psychosociale oorzaken binnen het consult een bespreekbaar onderwerp zijn. Vanuit deze gedachte dienen de adviezen dan ook geïnterpreteerd te worden.

Ik concludeerde dat de impliciete wijze waarop huisartsen psychosociale oorzaken voor de klacht aan de orde stellen, bijdraagt aan de delicateit van het onderwerp. Tegelijk blijkt deze werkwijze weinig effectief in termen van de gezamenlijke vaststelling van een psychosociale oorzaak voor de klacht. De huisarts maakt door middel van een oorzaakzoekende vraag en de daarop volgende domeincheckliststrategie expliciet niet voldoende duidelijk dat hij op zoek is naar een psychosociale oorzaak. Bij oorzaakverifiërende vragen daarentegen maakt de huisarts wel duidelijk dat hij gericht is op een psychosociale oorzaak. De vaak voorkomende inleidingen op deze oorzaksvragen maken de explicieteit nog eens groter. In wezen wordt de patiënt duidelijk voor de keuze gesteld om mee te gaan in een psychosociale interpretatie van de klacht. Uit het onderzoek blijkt dat deze manier van aan de orde stellen van psychosociale oorzaken leidt tot een stellingname, -instemming dan wel afwijzing-, van de patiënt. Met de expliciete pendant voor de initiatie van een psychosociale oorzaak maakt de huisarts dit onderwerp openlijk bespreekbaar en dit leidt in ieder geval tot een duidelijk oordeel van de patiënt over de mogelijke psychosociale oorzaak. Deze wijze van handelen is met andere woorden effectiever in het uitlokken van een oordeel van de patiënt over een psychosociale verklaring.

Wanneer de huisarts een duidelijke psychosociale oorzaak voor de klacht vermoedt, lijkt het daarom ook zinnig, dat hij deze expliciet benoemt en dat hij de patiënt om zijn mening over deze oorzaak vraagt. Een inleiding op deze handeling, die als aankondiging en legitimering functioneert maakt daarbij de bedoeling van de handeling nog duidelijker. Ook wanneer de huisarts geen concrete psychosociale oorzaak vermoedt, zoals bijvoorbeeld 'stress op het werk', maar wel zijn vermoedens heeft dat de oorzaak voor de klacht binnen de leefwereld van de patiënt ligt, is het effectiever dat hij deze vermoedens expliciteert. De huisarts laat dan in ieder zien dat het praten over een psychosociale oorzaak een bespreekbaar onderwerp is dat een logisch onderdeel vormt van het consult.

De prescriptieve literatuur bevat enkele adviezen met betrekking tot het aan de orde stellen van de psychosociale problematiek³. De door mij geconstateerde patronen geven aanleiding sommige van deze adviezen van een vraagteken te voorzien, andere lijken daarentegen juist te worden bevestigd. Ten eerste wordt er in de literatuur betoogd dat huisartsen twee sporen moeten belopen, zowel het somatische als het psychosociale. In dit onderzoek blijkt dat wanneer huisartsen ook het psychosociale spoor bewandelen, ze toch nooit helemaal weggaan van het somatische spoor. Het gevaar om één spoor te volgen is in deze consulten minder groot, dan in consulten waarin de huisarts alleen een somatische

³ Zie hiervoor hoofdstuk 3, paragraaf 3.3.1 en hoofdstuk 7, paragraaf 7.1.

oorzaak vermoedt.

Ten tweede wordt er in de adviesliteratuur gepleit voor de aankondiging van de psychosociale fase in het consult. Patiënten zouden hierdoor worden geïnformeerd over de richting waarin de huisarts aan het zoeken is. De beschrijvingen uit dit onderzoek bieden ondersteuning voor dit advies. Oorzaakverifiërende vragen hebben vaak een inleiding waarmee de huisarts aangeeft op welk spoor hij nu gaat kijken terwijl hij ook de reden daarvoor aangeeft. Tevens geeft de huisarts in zijn vraag expliciet aan een psychosociale oorzaak te vermoeden. De patiënt weet in die gevallen dus waar de huisarts mee bezig is en kan daar dan ook adequaat op reageren. Oorzaakzoekende vragen daarentegen worden slechts door een markering als ‘en’ of ‘maar’ ingeleid en bevatten geen indicatie voor het feit dat de huisarts op het psychosociale spoor overgaat. Ook uit de vraag zelf is niet expliciet op te maken dat de huisarts binnen het psychosociale domein aan het zoeken is. Patiënten weten in die gevallen dus niet waar de huisarts naar op zoek is. Zoals ik al eerder opmerkte is de expliciete wijze effectiever dan de impliciete wijze en ik veronderstel dan ook een relatie tussen enerzijds ontevredenheid van de patiënt en anderzijds de impliciete wijze van werken van de huisarts.

Ten slotte wordt er in de literatuur betoogd (overigens ondersteund door gebrekkig empirisch onderzoek) dat het zoeken naar psychosociale achtergronden van de hulpvraag van de patiënt geen adequate manier van consultvoeren is vanuit het oogpunt van patiënten. Uit mijn bevindingen blijkt dat er verschil moet worden gemaakt in de wijze waarop de huisarts op zoek gaat naar psychosociale oorzaken en dat er daarbij verschillen zijn in termen van effectiviteit. Het lijkt dus niet zo zeer de vraag of de huisarts op zoek moet gaan naar psychosociale oorzaken, belangrijker is de manier waarop hij dit doet. Bij het wel of niet achterhalen van een psychosociale oorzaak speelt ook de visie van de huisarts een rol. Wanneer de huisarts vermoedt dat psychosociale oorzaken een rol spelen, ondanks dat de patiënt hier niets over meldt, kan deze het vanuit zijn beroepsethiek noodzakelijk achten dat hij zijn gedachten aan de patiënt voorlegt⁴. De huisarts kan echter wel een keuze maken ten aanzien van de wijze waarop hij dit doet. De impliciete wijze lijkt dan minder adequaat dan dat de huisarts zijn gedachten expliciet voorlegt aan de patiënt.

9.3 Verder onderzoek

Dit onderzoek levert een aantal interessante kwesties of vragen op die om nader onderzoek vragen. Ik heb op basis van een beperkt aantal consulten enkele praktijken beschreven die huisartsen en patiënten hanteren om lichamelijke klachten in verband te brengen met psychosociale oorzaken. Enkele essentiële procedures zijn beschreven. Het is echter interessant na te gaan of er nog meer en andere manieren zijn waarop huisartsen en patiënten psychosociale oorzaken aan de orde stellen. Het lijkt zinvol dit op basis van een nieuw en groter corpus te onderzoeken. Er kan dan tevens gekeken worden in hoeverre de in dit onderzoek beschreven praktijken representatief zijn voor de wijze waarop patiënten en huisartsen dit onderwerp interactioneel benaderen in huisartspraktijken in Nederland.

Ook is het vruchtbaar meer aandacht te besteden aan enkele opvallende aspecten van de patronen die in dit onderzoek naar voren komen. Zo is het bijvoorbeeld zinnig na-

⁴ Hierbij speelt bijvoorbeeld de wettelijke vastgelegde informatieplicht een niet onbelangrijke rol.

der te kijken naar het voorkomen van verworpen psychosociale verklaringen van patiënten en naar de functie die zij in het consult vervullen. Ik heb in dit onderzoek de veronderstelling geformuleerd dat patiënten met een dergelijke verklaring aangeven dat zij voor een somatische oplossing en verklaring voor de klacht bij de huisarts komen en dat zij een psychosociale verklaring afwijzen. Er is nader onderzoek nodig om deze veronderstelling empirisch te toetsen.

Ook de probleemvertellingspassages die veel voorkomen in de buurt van of vlak na psychosociale verklaringen, verdienen nader onderzoek. Ik heb aangeven dat deze probleemvertellingen vaak een legitimatiefunctie vervullen, in die zin dat zij de genoemde psychosociale oorzaak toelichten of onderbouwen, en dat probleemvertellingen daarnaast vaak een therapeutische functie in het consult kunnen vervullen. Het is van belang nader te kijken naar de interactionele functie en organisatie van deze passages mede met het oog op het behandelingseffect dat zij sorteren. De behandeling van de psychosociale oorzaak vindt namelijk in die gevallen meestal in deze passages plaats.

Het is ook interessant te onderzoeken hoe de relatie is tussen een bepaald gespreksverloop met het uiteindelijke advies in een consult en met de compliance van de patiënt. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld van mening is dat de klacht veroorzaakt wordt door een psychosociale oorzaak maar de huisarts deze oorzaak afwijst en een medicatie voorschrijft, is het interessant te onderzoeken wat voor consequenties dit heeft voor het opvolgen van het advies door de patiënt. Compliance lijkt niet alleen een relatie te hebben met het voorgestelde advies of behandeling, maar ook met het gespreksverloop. Er lijkt met andere woorden waarschijnlijk ook een relatie te zijn tussen compliance en het gespreksverloop zoals die er ook tussen tevredenheid en het gespreksverloop is blijkens dit onderzoek.

Ik heb de interactionele organisatie van psychosociale verklaringen in consulten onderzocht. Ik heb mij daarbij inhoudelijk beperkt tot oorzaken die betrekking hebben op de leefwereld van patiënten. Het zou interessant zijn mijn bevindingen te vergelijken met bevindingen uit een onderzoek waarin gekeken wordt naar lichamelijke of somatische verklaringen voor de klacht. Hierdoor wordt waarschijnlijk nog duidelijker in hoeverre de formulering van een bepaald type verklaringen bepaald wordt door de inhoud waarop die verklaringen betrekking hebben. Het zou mij niets verbazen wanneer er bij patiënten weinig verschil te zien is tussen somatische en psychosociale verklaringen, maar bij huisartsen wel. Patiënten zouden zich dan sterker oriënteren op de handeling verklaren als een professionele taak die niet aan hen is, terwijl huisartsen een onderscheid zouden aanbrengen tussen somatische verklaringen, waarin zij hun expertschap demonstreren ten aanzien van de somatische oorzaak, en psychosociale verklaringen, waarin zij soms laten zien niet over het exclusieve expertschap te beschikken ten aanzien van de psychosociale oorzaak. Deze vergelijking is niet alleen interessant voor de vraag hoe huisartsen en patiënten omgaan met de verschillende kaders waarbinnen ziekten verklaard kunnen worden, maar geeft mogelijk ook inzicht in de wijze waarop interactiepartners in een specifieke setting bepaalde feiten of bepaald gedrag een normaal aanzien geven. Met dit laatste bedoel ik dat het een completer beeld geeft van de methoden die huisartsen en patiënten gebruiken om klachten te verklaren. Ik heb met dit onderzoek in ieder geval getracht een bijdrage aan een belangrijk deel van dit beeld te geven.