

Samenvatting

In Nederland bestaat één vijfde van het klachtenaanbod in huisartspraktijken uit psychosociale problemen. In de meeste gevallen worden die klachten gepresenteerd in lichamelijke termen. In dit proefschrift onderzoek ik de wijze waarop huisartsen en patiënten lichamelijke klachten in verband brengen met psychosociale aspecten. Het is een exploratieve, beschrijvende, gespreksanalytische studie waarin het onderzoeksmateriaal bestaat uit op video opgenomen huisarts-patiëntgesprekken.

In hoofdstuk 2 geef ik een overzicht van het onderzoek dat tot op heden is verricht naar de communicatie tussen huisartsen en patiënten. Vanaf het einde van de jaren zestig is er vanuit verschillende disciplines naar uiteenlopende aspecten van de communicatie gekeken. Zo is er onder meer onderzoek gedaan naar de relatie tussen de communicatie en de mate van tevredenheid van patiënten, en naar verschillende communicatiestijlen. De verschillende studies onderscheiden zich niet alleen naar het onderzoeksobject dat centraal staat, maar ook in methodologisch opzicht laten zij duidelijke verschillen zien. Op basis van de methodologie onderscheid ik kwantitatieve studies en kwalitatieve studies. Het eerste type studies betreft studies waarin de onderzoekers zijn gericht op het vaststellen van de omvang van bepaald gedrag in de communicatie, zoals de hoeveelheid informatie die door de huisarts wordt gegeven. Er wordt gewerkt met grote aantallen consulten, waarbij de communicatie met behulp van een observatiesysteem wordt gescoord en waar vervolgens statistische analyses op worden losgelaten. Het tweede type studies betreft studies waarin de onderzoekers zijn gericht op de beschrijving van hoe bepaalde aspecten zich in de communicatie voordoen, zoals de wijze waarop huisartsen informatie geven. Er wordt gewerkt met een beperkt aantal consulten, waarbij de communicatie meestal wordt uitgeschreven, waarna deze vervolgens gedetailleerd wordt geanalyseerd. Voor mijn onderzoek heb ik gekozen voor de laatste methodologie en wel specifiek voor die van de conversatie-analyse.

In hoofdstuk 2 wordt deze laatste methode verder toegelicht. De conversatie-analyse is van oorsprong een sociologische stroming waarbij aan de hand van opgenomen natuurlijke gesprekken gekeken wordt naar de wijze waarop gespreksdeelnemers hun interactie op ieder moment gezamenlijk vormgeven en welke methoden zij daarvoor hanteren.

In hoofdstuk 3 staat onderzoek naar psychosociale problematiek in de huisartspraktijk centraal. Een belangrijk deel van de klachten in de huisartspraktijk bestaat uit psychosociale problemen. Er worden verschillen benamingen en definities gehanteerd van dit begrip. Ook worden er verschillende meetmethoden gehanteerd om de omvang van deze problematiek vast te stellen. Meestal bepaalt het oordeel van de huisarts of er sprake is van een dergelijke problematiek. Huisartsen verschillen echter onderling nogal in hun oordeel over het aantal psychosociale problemen. Psychosociale problematiek is dan ook niet eenduidig als klacht of ziektecategorie vast te stellen. Het gaat om een ingewikkeld samenspel tussen somatische en psychosociale aspecten bij een klacht. Ik kies voor de term psychosociale aspecten waaronder ik alle aspecten met betrekking tot een klacht versta die betrekking hebben op de leefwereld of biografie van de patiënt.

Binnen de adviesliteratuur wordt er weinig aandacht besteed aan psychosociale aspecten. Bovendien is empirisch onderzoek naar de wijze waarop psychosociale aspecten aan de orde worden gesteld gebrekkig. Met dit onderzoek wil ik die lacune opvullen. Ik zal ingaan op de wijze waarop huisartsen en patiënten psychosociale aspecten ter sprake

brengen gedurende het consult. Ik heb alleen consulten gebruikt waarin psychosociale aspecten ook daadwerkelijk aan de orde komen. Verder heb ik alleen die consulten geselecteerd waarin patiënten lichamelijke klachten presenteren waaraan op de een of andere manier psychosociale aspecten gekoppeld worden. Immers, het merendeel van de patiënten presenteert psychosociale problemen in lichamelijke termen. Tot slot beperk ik mij tot consulten waarin psychosociale aspecten als oorzaak in verband gebracht worden met de klacht. De specifieke vraagstelling van het onderzoek formuleer ik als: *op welke wijze brengen huisartsen en patiënten tijdens het consult lichamelijke klachten in verband met psychosociale oorzaken?*

Bij acht huisartsen zijn in totaal 279 consulten op video opgenomen. Uit dit corpus zijn 24 consulten geselecteerd voor dit onderzoek. Dit zijn de eerste drie consulten van iedere huisarts waarin een patiënt een lichamelijke klacht presenteert waaraan een psychosociale oorzaak gekoppeld wordt. De geselecteerde consulten zijn vervolgens letterlijk uitgeschreven voor een gedetailleerde analyse. Na afloop van ieder consult is er bij de patiënten een vragenlijst afgenomen. Opvallend is dat patiënten niet in alle 24 gevallen aangeven dat er gesproken is over psychosociale aspecten.

In de hoofdstukken 4 tot en met 8 doe ik verslag van het empirische onderzoek. Ik onderzoek hoe patiënten en huisartsen psychosociale aspecten van hun klacht aan de orde stellen en ik besteed ten slotte aandacht aan de behandelfase in de consulten.

In hoofdstuk 4 ga ik in op de wijze waarop patiënten hun lichamelijke klachten in verband brengen met psychosociale oorzaken. Patiënten presenteren hun klachten meestal aan het begin van het consult. De klachtpresentaties worden op basis van hun functie getypeerd als rapportages. Ik onderscheid twee typen rapportages, namelijk globale rapportages en specificerende rapportages. Globale rapportages vinden meestal in het begin van het consult plaats op de eerste gelegenheden waar de patiënt zijn klacht presenteert. Specificerende rapportages vinden later in het consult plaats, meestal na specifieke vragen van de huisarts naar bepaalde aspecten van de klacht. In beide typen rapportages kunnen patiënten psychosociale oorzaken voor hun klacht presenteren. Dergelijke uitingen van patiënten noem ik verklaringen en ik onderscheid deze van diagnoses. In een diagnose wordt een bepaalde klacht namelijk "gelabeld" als een bepaalde ziektecategorie, terwijl in een verklaring een causaal verband aangebracht wordt tussen een klacht en een bepaald feit. Aangezien ik in hoofdstuk 3 stelde dat psychosociale problematiek niet eenduidig als klacht of ziektecategorie is vast te stellen, hanteer ik de term psychosociale verklaringen.

Patiënten kunnen twee soorten psychosociale verklaringen presenteren. In expliciete verklaringen wordt door patiënten het verband tussen een psychosociale oorzaak en een klacht expliciet gemarkeerd. In impliciete verklaringen presenteren patiënten psychosociale feiten of gebeurtenissen in een klachtpresentatie. Hiermee kunnen zij een potentieel causaal verband tussen deze gebeurtenissen en de klacht aanbrengen. In de hoofdstukken 5 en 6 bespreek ik achtereenvolgens hoe patiënten expliciete en impliciete verklaringen presenteren.

In hoofdstuk 5 komen de expliciete verklaringen aan de orde. Expliciete verklaringen bestaan uit vier componenten, te weten klacht ('hoofdpijn'), causaal verband ('komt door'), oorzaak ('spanning') en een toelichting op de oorzaak. Deze elementen kunnen op twee manieren geordend zijn: of de toelichting wordt gedaan in een rapportage voorafgaand aan de oorzaak, gevolgd door het causale verband en de klacht, óf de toelichting wordt in een vervolgrapportage gedaan na de klacht, het causale verband en een expliciete oorzaksbenoeming.

Er zijn verschillende soorten expliciete verklaringen, namelijk gegeven verklaringen

en verworpen verklaringen. In verworpen verklaringen geven patiënten aan dat de klacht niet door een bepaald psychosociaal aspect veroorzaakt wordt ('het komt niet door spanning'). Dit verwerpen kan zowel expliciet als impliciet gebeuren. In het eerste geval geven patiënten expliciet aan dat de klacht niet veroorzaakt wordt door een bepaald psychosociaal aspect. In het tweede geval geven patiënten een psychosociale verklaring die vervolgens door middel van 'maar' en een vervolg waarin de verklaring op een impliciete wijze wordt tegengesproken ('ik dacht dat het kwam door spanning, maar ik heb nou geen spanning meer'). Hier wordt als het ware een verwachting ontkend. Het blijkt dat patiënten het overwegend niet nodig vinden oorzaken toe te lichten wanneer zij deze verwerpen.

De gegeven verklaringen kunnen verder ingedeeld worden in onomwonden verklaringen en mogelijke verklaringen. In het eerste geval worden verklaringen als onomwonden beweringen gedaan ('dat komt met spanning van onze dochter'). In het tweede geval worden de verklaringen voorzichtiger geformuleerd (''k denk volgens mij was 't gewoon teveel spanning'). Deze laatste verklaringen komen veel voor in het corpus. Patiënten laten hierdoor zien voorzichtig om te gaan met uitspraken over causaliteit met betrekking tot hun klachten, ook al hebben deze verklaringen betrekking op hun eigen leefwereld. Ze presenteren hun eigen subjectieve lekenvisie voorzichtig en laten daarmee zien de handeling 'verklaren' als een professionele taak van de huisarts te beschouwen.

De interactionele functie van de mogelijke verklaringen is dat zij ter beoordeling aan de huisarts worden aangeboden. Ze zijn vaak niet direct aan de huisarts gericht maar worden in de vorm van een quasi-vraag gesteld. Voor de verworpen verklaringen geldt dat de interactionele functie enerzijds bestaat uit een rechtvaardiging van de patiënt voor zijn komst naar de huisarts. Anderzijds projecteert de patiënt met zijn mislukte eigen poging tot verklaren een eventuele verklaring van de huisarts en maakt een verworpen psychosociale verklaring een somatische verklaring en oplossing van de klacht relevant.

Aan het einde van hoofdstuk 5 beschrijf ik de manieren waarop huisartsen reageren op de verklaringen van patiënten. Het oordeel van de huisartsen is afhankelijk van de fase van het consult waarin de verklaring wordt gepresenteerd. Ook speelt de toelichting op de verklaring een belangrijke rol. Op verklaringen zonder voorafgaande toelichting reageren huisartsen met gelegenheden voor elaboratie over de verklaring zonder een oordeel te geven. Het lijkt alsof de huisarts elementen uit de verklaring als aanleiding gebruikt om het proces van professionele toetsing van de correctheid van de verklaring in gang te zetten. Huisartsen laten door hun reacties hun professionele identiteit zien met betrekking tot de handeling 'verklaren' in het consult.

In hoofdstuk 6 komen de impliciete verklaringen aan de orde. In het geval van impliciete verklaringen presenteren patiënten beschrijvingen van psychosociale aspecten of omstandigheden die een mogelijke oorzaak voor de klacht kunnen zijn. Rapportages van patiënten kunnen dus een potentiële dubbelfunctie hebben. In de context van het beschrijven of toelichten van de klacht kan de patiënt impliciet een verklaring voor de klacht aanreiken. Patiënten kunnen met andere woorden potentieel verklaringsmateriaal presenteren dat vervolgens door de huisarts tot een psychosociale verklaring kan worden getransformeerd.

De impliciete verklaringen van patiënten zijn eigenlijk een vorm van indirect taalgebruik. Binnen de conversatie-analyse wordt ervan uitgegaan dat gespreksdeelnemers betekenissen onderhandelingsgewijs tot stand brengen. Dit betekent dat wanneer een spreker een impliciete handeling doet, het afhankelijk is van de hoorder of hij reageert op de impliciete boodschap in de handeling. Dit laatste is terug te zien in de reactie van de hoorder. De rapportages van patiënten zijn te typeren als een specifieke vorm van indirect

taalgebruik. Zij hebben de potentie om als een verklaring gehoord en behandeld te worden. Het is uiteindelijk de huisarts die bepaalt of de rapportage als verklaring wordt opgevat.

Door impliciete verklaringen laten patiënten zien dat zij het presenteren van verklaringen als een delicate handeling zien. Zij maken gebruik van de potentiële dubbelfunctie van rapportages. Strikt genomen rapporteren de patiënten immers alleen nieuws. Zij laten het aan de huisarts over of deze ook de verklaring infereert uit de rapportage. Patiënten laten, net als bij de expliciete verklaringen, zien dat zij de handeling 'verklaren' als een professionele taak beschouwen.

Huisartsen blijken zeer sporadisch de potentiële verklaring op te pakken uit de rapportages. Ze behandelen de rapportages meestal als nieuws door te reageren met stiltes, ontvangstbevestigingen ('ja') of door elementen uit de rapportage in een nadere vraag te thematiseren. Slechts in één consult pakt de huisarts direct een verklaringspotentie uit de rapportage van de patiënt op. Vervolgens blijkt echter dat de patiënt niet een verklaring in de rapportage had geïmpliceerd.

Patiënten kunnen uit zichzelf verklaringsmateriaal in een globale rapportage presenteren dat de potentie heeft om als verklaring gehoord te worden. Huisartsen kunnen, door gebruik te maken van de verklaringspotentie van rapportages, patiënten strategisch sturen in de richting van een psychosociale verklaring. Ze kunnen vragen stellen over psychosociale omstandigheden, waarmee ze een specificerende psychosociale rapportage van de patiënt projecteren. Vervolgens kunnen huisartsen uit deze rapportage elementen tot een psychosociale verklaring transformeren. Dit is één van de manieren waarop huisartsen psychosociale verklaringen voor de klacht aan de orde kunnen stellen. In hoofdstuk 7 beschrijf ik twee andere manieren die huisartsen hiervoor gebruiken. Ze blijken dit altijd te doen in de vorm van een vraag, de zogenoemde oorzaaksvragen. Hierdoor onderscheiden psychosociale verklaringen zich van somatische verklaringen. Die laatste worden vrijwel uitsluitend als een vaststelling gepresenteerd. De oorzaaksvragen worden altijd voorzichtig gesteld. De twee typen die ik onderscheid zijn: de oorzaakzoekende en de oorzaakverifiërende vraag. Deze twee verschillen in hun formulering en komen op onderscheiden plaatsen in het consult voor. Ook is het vervolg na deze vragen verschillend.

In oorzaakverifiërende vragen ('denkt u dat het ook met spanning te maken heeft') formuleert de huisarts een psychosociaal feit als oorzaak voor de klacht. Hij stuurt op die manier expliciet naar een psychosociale verklaring voor de klacht. Deze vragen worden altijd voorzichtig gedaan doordat zij bijvoorbeeld worden afgezwakt met 'ook'. De oorzaakverifiërende vragen komen vaak aan het einde van het consult voor. Wanneer deze vragen binnen de klachtbesprekingsfase worden gesteld, dan gebruikt de huisarts een uitgebreide inleiding om de vraag te legitimeren en een handelingsovergang tot stand te brengen. Patiënten reageren op deze vragen met voorzichtige bevestigingen of ontkenningen.

In oorzaakzoekende vragen ('heb u ook enig idee hoe dat komt') vraagt de huisarts naar de kennis en de ideeën van de patiënt over een mogelijke oorzaak voor de klacht. Deze vragen komen altijd voor in de fase van de klachtbespreking. De huisarts markeert door middel van 'en' of 'maar' aan het begin van deze vragen een handelingsovergang naar een verklaring. Patiënten geven na deze vragen altijd te kennen niet te weten wat de oorzaak van de klacht is. Uit het vervolg na deze reacties blijkt dat huisartsen met deze vragen op zoek zijn naar een psychosociale verklaring. De huisartsen starten na de reactie van de patiënten een domeincheckliststrategie waarmee zij op zoek gaan naar potentiële psychosociale oorzaken. Deze strategie bestaat eruit dat de huisarts vragen stelt waarin hij

achtereenvolgens verschillende psychosociale domeinen thematiseert. De antwoorden die de patiënt geeft probeert de huisarts in verband te brengen met de klacht. Patiënten reageren vaak met ontkenningen op domeinchecklistvragen waardoor het in die gevallen niet mogelijk is deze reacties als verklaring voor de klacht te herformuleren. De strategie blijkt dan ook weinig effectief. Door deze domeincheckliststrategie is te zien dat huisartsen met oorzaakzoekende vragen impliciet sturen naar een psychosociale verklaring.

Oorzaakverifiërende vragen blijken effectiever bij het vaststellen van een gezamenlijke psychosociale verklaring dan oorzaakzoekende vragen. Er is met andere woorden een verband tussen de mate van explicietheid van de huisarts aan de ene kant en de mate van instemming of afwijzing door patiënten in reacties op oorzaksvragen aan de andere kant. Binnen de huisartsgeneeskunde wordt gediscussieerd of huisartsen wel op zoek moeten gaan naar psychosociale oorzaken van klachten als patiënten daar zelf niet mee komen. Het lijkt zinvoller te kijken naar de wijze waarop huisartsen dit doen dan of zij dit moeten doen.

In hoofdstuk 8 beschrijf ik ten slotte wat voor effect het heeft als er al dan niet een psychosociale verklaring wordt vastgesteld. Welk advies of welke behandeling vloeit eruit voort? Het blijkt dat huisartsen vrijwel in alle gevallen meer dan één behandeling of advies geven aan de patiënt. Ook in consulten waarin een psychosociale verklaring wordt vastgesteld, blijkt de huisarts toch altijd nog het meest gericht op de somatische aspecten van de klacht. Adviezen in de sfeer van leef- of gedragsregels of doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg komen praktisch nooit voor. In de consulten zelf komen uitgebreide gesprekstherapeutische passages voor. Waarschijnlijk vindt daarmee de behandeling van psychosociale oorzaken voor een gedeelte direct plaats. Verder kan ik naar aanleiding van het onderzoek concluderen dat er geen één op één relatie is tussen het type verklaring dat voor de klacht wordt gegeven en het soort advies of behandeling dat er op volgt. Uit de analyse komt naar voren dat huisartsen en patiënten afhankelijk zijn van elkaar met betrekking tot het vaststellen van de verklaring, en ook met betrekking tot het soort advies of behandeling dat wordt gegeven in het consult.

Het proefschrift wordt afgesloten met hoofdstuk 9 waarin ik de conclusies presenteer. De twee belangrijkste interactionele aspecten die uit het empirische onderzoek naar voren komen, zijn:

1. Huisartsen en patiënten formuleren psychosociale verklaringen met voorzichtigheid. Psychosociale verklaringen worden in de interactie als delicate handelingen vormgegeven en behandeld. Doordat huisartsen en patiënten op deze wijze omgaan met psychosociale verklaringen maken zij deze verklaringen ook tot een delicaat onderwerp in het consult.
2. Huisartsen en patiënten zijn beiden afhankelijk van het oordeel van de ander om iets als psychosociaal te beoordelen. Psychosociale verklaringen worden met andere woorden interactioneel als een gezamenlijke activiteit vormgegeven. Uit het onderzoek blijkt dat psychosociale verklaringen aan de kant van de patiënt meer succes hebben in het krijgen van een bevestiging dan verklaringen van de kant van de huisarts. Deze bevestigingen worden bijvoorbeeld voorzichtig geformuleerd en hierdoor wordt het delicate karakter van de psychosociale verklaringen nog eens versterkt.

Ik veronderstel dat deze delicaatheid niet alleen veroorzaakt wordt door het taalgebruik van huisartsen en patiënten, maar dat psychosociale onderwerpen al bij voorbaat delicate onderwerpen zijn waardoor er op een dergelijke wijze over gesproken wordt. In de interactie wordt de delicaatheid met andere woorden niet alleen gereproduceerd maar ook herbevestigd. Ik stel dat psychosociale verklaringen zich in een cumulatieve vicieuze cirkel van delicaatheid begeven.

De wijze waarop huisartsen bijdragen aan deze delicaatheid gaat verder dan die van patiënten. De impliciete sturing van huisartsen naar een psychosociale verklaring door oorzaakzoekende vragen en de daarop volgende domeincheckliststrategie zijn hier debet aan. Daarnaast blijken deze vragen weinig effectief te zijn voor de gezamenlijke vaststelling van een psychosociale oorzaak.

Tot slot concludeer ik dat huisartsen kennelijk in het consult wel duidelijk bezig zijn met het zoeken of vaststellen van een psychosociale verklaring maar dat zij de psychosociale aspecten niet omzetten in een advies of behandeling op dit terrein. Het blijkt immers dat de vaststelling van een psychosociale verklaring een geringe invloed heeft op het type advies dat de huisarts geeft.

De studie wordt afgesloten met enkele praktische implicaties voor de huisartspraktijk en de huisartsenopleiding, en met aanbevelingen voor verder onderzoek. Het belangrijkste advies dat ik formuleer betreft de werkwijze van huisartsen wanneer zij op zoek gaan naar psychosociale verklaringen. Wanneer een huisarts duidelijk een vermoeden heeft over een mogelijke psychosociale oorzaak pleit ik ervoor dat de huisarts dit vermoeden expliciet naar voren brengt in het consult. Verder ga ik nog in op de relatie tussen de adviesliteratuur en de resultaten uit het onderzoek. Sommige adviezen worden bevestigd door het onderzoek, andere dienen te worden bijgesteld. Voor verder onderzoek naar interactie en psychosociale problematiek pleit ik voor een focus op onderzoek waarin gekeken wordt naar somatische verklaringen en voor onderzoek waarin de relatie tussen het gespreksverloop en het opvolgen van het advies (compliance) van patiënten centraal staat.