

“Dus met deze medicijnen los ik dat probleem niet op”: Medicatie en de organisatie van medische interactie

Paul ten Have

In dit artikel vat ik een deel van mijn elders gerapporteerde bevindingen over 'de interactionele organisatie van huisarts-spreekuurgesprekken' samen, dat relevant lijkt voor het voorschrijfgedrag van artsen. Vervolgens bespreek ik enkele fragmenten uit één specifiek gesprek waarin het gebruik van medicijnen herhaaldelijk aan de orde is, zowel in de zin van een vertoonde ambivalentie van arts en patiënt ten aanzien van medicijngebruik, als in die van de lokale, gespreksorganisatorische functionaliteit van medische voorschriften.

Er zijn allerlei omstandigheden die een rol spelen bij besluiten om medicijnen te gebruiken. Een deel hiervan is aan de orde in het medisch spreekuur. In mijn studie naar spreekuurgesprekken (Ten Have 1987) heb ik geprobeerd zowel de globale als de lokale interactie tussen huisartsen en patiënten analytisch in kaart te brengen, op basis van gedetailleerde beschouwingen van voorbeelden van zulke interacties. Hier vat ik enkele bevindingen daaruit samen voor zover ze relevant lijken voor het voorschrijfgedrag van artsen. Ik beschouw dat nadrukkelijk als interactioneel gesitueerd optreden. Het gaat mij dus niet om medisch-rationele, persoonlijke of sociaal psychologische motieven, maar vooral om de organisatorische zin ervan. De vraag is in welke opzichten het uitschrijven van recepten vanuit de organisatie van het spreekuurgesprek voor de hand ligt.

De structuur van spreekuurgesprekken

Spreekuurgesprekken zijn zeer variabel, maar toch lijkt er een vrij logische algemene structuur aan ten grondslag te liggen, die zich voordoet als een typerende opeenvolging van handelingsfasen. In mijn genoemde studie vat ik die als volgt samen.

- 1 Opening
- 2 Klachtbespreking
- 3 Nader onderzoek
- 4 Diagnose
- 5 Advies/Behandeling
- 6 Afsluiting

Interacties die herkenbaar zijn als realisering van wat onder deze aanduidingen valt, komen meestal in ongeveer deze volgorde aan bod. In handelings-logische termen is dit ook een begrijpelijke volgorde. Eerst wordt het gesprek in scène gezet via de opening. Dan geeft de patiënt als initiatiefnemer een uiteenzetting van de redenen voor het bezoek. Dat werkt dan als een dubbel verzoek, enerzijds om uitsluitel in de vorm van een diagnose, anderzijds om een advies of een behandeling. In veel gevallen wordt aan deze verzoeken pas voldaan na nader onderzoek. Dan volgt meestal eerst het voldoen aan het ene en dan dat aan het andere verzoek, die als logisch met elkaar verbonden worden voorgesteld. Als we de patiënt voorstellen als degene die deze verzoeken doet, dan is het ook aan de patiënt om vast te stellen of daaraan is voldaan. Dat krijgt vaak de vorm van een aanvaarding van eerst de diagnose en dan het advies of de behandeling. Blijft die uit, dan wordt daar regelmatig naar gevraagd, zoals in het volgende voorbeeld.¹

- 138 A 'h en nou (z) wat ik je nou wilde voorstellen is om een pijn-
 139 A stiller te nemen (.) tegen de pijn
 140 P (hmhm)
 141 A dat je in ieder geval je (.) laten we maar zeggen alles d'r
 142 A mee kan doen
 143 P (hmhm)
 144 A 'hh (.) en dat moet je niet langer als een week gebruiken
 145 P (hmhm)
 146 A en dan zullen we kijken hoe het in die tijd gaat
 147 P (ja)
 148 A en zodra je (.) toch niet eh tevreden bent 'hh[()
 149 P ['t is e:h
 150 P 'snachts is 't 't ergste hè
 151 A ja
 152 P want dan ja dan wil je slapen normaal als (.) 'k in bed stap
 153 P nou eh dan slaap ik al
 154 A ja
 155 P (wa-) meestal nog wel eh of moe of eh 'hh
 156 A jaja ['hh
 157 P [(pft)
 158 (.)
 159 A nou=
 160 P =(w) daar word je gek van
 161 (.)
 162 A maar vind je 't een goed voorstel? om het zo te doen?
 163 P ja natuurlijk [als 'k ma- (slapen kan)
 164 A [eh dan e:h
 165 A 'hh dan eh (.) hoop ik dat het in deze week dus afzakt als je
 166 A dus minder pijn hebt hoeft je ook minder tabletten te nemen 'hh
 167 A je begint met vier (.) per dag
 168 P ja
 169 A en dan eh zo minder en dan voor die neus zal ik j-nog wat neus-
 170 A druppels geven dan kan je tenminste [door die neus weer ademen
 171 P [ja

172 P enne (.) ben ik daar ook gelijk vanaf
 173 A ja
 174 (.)

De voorstellen van de arts (138-148) worden door de patiënt niet expliciet aanvaard, waarna hij – hiertoe als het ware ‘uitgelokt’ door de verwijzing naar ‘tevredenheid’ (148) – doorgaat op de hinder die hij van zijn klachten ondervindt. Na een eerste poging om ‘er tussen te komen’ in 159, vraagt de arts in 162 expliciet om de instemming van de patiënt, die deze onmiddellijk geeft. Daarna gaat het gesprek nog geruime tijd door, deels over andere zaken dan de centrale klacht, maar de arts heeft zijn zaak als het ware ‘binnen’.

Na de ‘aanvaarding’ van de behandeling treedt er vaak een zekere ontspanning op, tijdens schrijfwerk van de arts bij voorbeeld, waarbij de patiënt nog allerlei toelichtingen, commentaren of vragen in kan brengen. Maar in andere gevallen leidt de ‘aanvaarding’ onmiddellijk tot het initiëren door de arts van het afsluiten van het gesprek als geheel.

Mijn stelling ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen is nu, dat dit een handeling is die zich onderscheidt van alternatieven – zoals gedragsadviezen, de overweging om het nog eens aan te zien, mededelingen van de strekking dat er niets aan te doen is, enzovoort – door een grotere ‘duidelijkheid’ en daarmee ‘aanvaardbaarheid’. Geheel afgezien van de houding van de patiënt tegenover het gebruiken van medicijnen – in het algemeen of in dit geval in het bijzonder – heeft het uitschrijven en overhandigen van het recept iets helders en definitiefs: dit is het behandelingsvoorstel en als de patiënt dat aanvaardt, is de zaak voor dit moment klaar. Dat schept dan hetzij de mogelijkheid van onmiddellijke afsluiting, hetzij de ruimte voor buiten de globale sequentie van het spreekuur vallende interacties, zoals incidentele adviesverzoeken, ‘small talk’, enzovoort. De combinatie recept – aanvaarding lijkt een bijzondere efficiëntie te hebben als afsluiting van de centrale medische transactie. Het is een goed herkenbare afronding van de ‘super-sequentie’ die met de klachtpresentatie, als impliciet dubbelverzoek, begonnen is.

Uit deze analyse volgt dat het voorschrijven van medicijnen voor de arts grote gespreksorganisatorische voordelen heeft: het is zijn eindbod en meestal hebben patiënten er weinig tegen in te brengen, zodat hen slechts de aanvaarding rest. Daarop kan het gesprek snel, eventueel na nog wat uitvoerend werk of minder cruciale uitwisselingen, afgerond worden.

Ambivalenties

De besproken organisatorische functionaliteit van het voorschrijven van medicijnen sluit een inhoudelijke ambivalentie ten aanzien van medicijngebruik geenszins uit. Vaak nemen artsen nadrukkelijk afstand van het nut van medicijnen, benadrukken ze dat het ‘allemaal gif’ is of prijzen patiënten die zeggen dat ze geen medicijnen (meer) gebruiken. Ik bespreek nu een gesprek waarin enerzijds die ambivalenties getoond worden, maar anderzijds ook de genoemde functionaliteit blijkt.

Het gesprek verloopt globaal als volgt. Patiënte klaagt dat ze last van haar maag heeft, onder andere maagzuur. Hier wordt even over gepraat en dan volgt:

- 30 A hmmmh 'hh
 31 (.6)
 32 A waar kan dat nou vandaan komen denkt u?
 33 P nou ik dacht eigenlijk misschien heel raar van m'n hoofdpijntablet
 34 (.)
 35 A hun
 36 P want die neem ik op het ogenblik erg veel in want ik barst
 van de hoofdpijn
 37 (.7)
 38 A e:n hoe komt-tattan? ((snuif))
 39 P e:h (.) nou dat zal wel weer door alle hhh uh alle dingetjes
 40 P bij [elkaar komen
 41 A [heheum
 42 P dat is weere:h lekker allemaal aan het rollen
 43 A wat is [dat allemaa[l]?
 44 P ['hhh {nou weer van ((naam)) ((etc.))

We zien hier dat de arts de gebruikelijke rolverdeling omdraait, door aan patiënte te vragen wat zij denkt over de achtergronden van haar klacht. In haar eerste antwoord (33) geeft zij met veel slagen om de arm te kennen dat zij denkt aan een mogelijke bijwerking van medicijnen – in de lijn van algemeen beschikbare ideeën over aspirientjes. Na een teken van verbazing van de arts (34) sluit zij aan met het melden dat zij veel last heeft van een andere klacht, hoofdpijn, waar ze dat medicijn voor neemt. Hier blijkt dus haar ambivalentie ten aanzien van dat medicijn: ze neemt het in voor de ene klacht, maar vermoedt dat het de achtergrond vormt voor een andere. De arts vraagt dan waar die nieuwe klacht vandaan komt (38) en dat leidt, na nog een aanmoediging (43) tot een – niet geciteerde – uitvoerige bespreking van gezinsmoeilijkheden, met name rond de aanpak van haar zoon.

Op een gegeven moment begint de arts aan een soort samenvatting van hoe hij de situatie ziet. Dat is op zichzelf al een soort voorbereiding van een afsluiting. Daarin vlecht hij ook een vermelding van een medicatie:

- 146 A lijkt me heel best waarschijnlijk 'hhh nou (.) dus met deze
 147 A medicijnen los ik dat probleem niet op (.) maar ik vind dat u
 148 A d't wel erg goed e::h ziet hoe hoe dat zit eigenlijk (.) hoe
 149 A machteloos u
 150 P ja::
 151 A zich vo[el]t hè
 152 P [ja: dat is 't 'm juist ik heb 'm gezegd jôh breng je
 153 kleren thuis dan zal ik ze wassen

Hierop gaat patiënte nog enige tijd door met het vertellen over haar moeilijkheden. Het lijkt dat ook hier de vermelding van een gevoel van de ander, 'machteloos', verdere

emotionele expressie, 'ja: dat is 't 'm juist', heeft uitgelokt. Daarmee doorkruist zij de afsluiting die de arts lijkt te initiëren. In zijn 'conclusie' heeft de arts de medicatie als 'non-oplossing' voor de problemen waar het eigenlijk om gaat voorgesteld, aan een positieve duiding is hij nog niet toegekomen.

Na een verdere bespreking van de huiselijke moeilijkheden en advies van de arts om zich ten aanzien van haar zoon op de achtergrond te houden komt patiënte met een complicatie:

- 212 P jaha maar ja nu weet-ie natuurlijk dat ik geweest ben (.)
213 P krijgt-ie te horen
214 A oké
215 P (huh)
216 A zè- 't is erg moeilijk een dieetje (.) vee- vier weekjes (.)
217 deze poeders veertien dagen als dat goed gaat bestelt u voor
218 veertien dagen bij (.) als 't niet goed gaat zie ik u over
219 veertien dagen terug
220 P ja en mag ik m'n hoofdpijntabletten in blijven nemen?
221 A wat dacht u zelf?
223 P nou eh af en toe dan zie ik weer di:t (.) dus dat halve [gezicht
224 A [hmm
225 A hmmhmm
226 P en dan heb ik 'm echt wel nodig
227 A ((snuif)) nou (.) niet meer dan echt nodig
228 P ja
229 A ja?
230 P Oké
231 A Oké
232 P bedankt (.) dag dokter

Als patiënte via een complicatie laat zien dan het pedagogische advies van de arts niet eenvoudig uit te voeren is, breekt deze de bespreking af met een staccato uitgesproken dieetadvies en medicatie, voorafgegaan door een 'formele' bevestiging dat 'het' – haar moeilijkheden in het algemeen en/of het opvolgen van zijn advies in het bijzonder – 'erg moeilijk' is. Opnieuw komt patiënte met een complicatie, maar deze betreft de medicijnen die ze al gebruikt voor haar hoofdpijn, eerder door haarzelf als mogelijk oorzaak voor de maagklachten genoemd. De arts laat dat gebruik aan haar eigen oordeel over, maar geeft wel als streven aan 'niet meer dan echt nodig'. Daarna wordt het consult, na een aanvaarding en een herbevestiging daarvan, snel afgesloten.

Aldus bleek het gesprek dat via huiselijke adviezen in de relationele sfeer geen 'natuurlijk einde' leek te kunnen vinden, alsnog via concrete adviezen voor dieet en medicatie, afgesloten te kunnen worden. De door patiënte en arts getoonde ambivalenties ten aanzien van medicatie stonden deze gespreksorganisatorische functionaliteit niet in de weg. Medicatie heeft mede zijn basis in de praktische organisatie van het medisch contact.

In een ruimer kader bezien kan men dit gespreksverloop ook in verband brengen

met de typerende organisatorische moeilijkheden die voortvloeien uit de situatie waarin bij de bespreking van een lichamelijke klacht een psycho-sociaal interpretatiekader wordt geïnitieerd. Zulke niet zo frequente, maar toch wel regelmatig voorkomende gesprekken vertonen kenmerkende organisatorische moeilijkheden, die ik elders, mede aan de hand van dit gesprek, uitvoeriger heb besproken (Ten Have 1987: o.a. 142-74, 229-39). Enerzijds hebben zulke gesprekken vaak een 'pedagogisch' karakter in de zin dat gepoogd wordt de patiënt te leren denken in een ander kader dan het gebruikelijke, wat zeker bij minder in 'therapeutische' denkwijzen geschoolde patiënten niet meevalt. En anderzijds hebben gesprekken over levensmoeilijkheden op zichzelf al geen 'natuurlijk' einde. In het bovenbesproken gesprek lijkt met name ook teruggegrepen te worden op de eerder aangeduide 'gewone' spreekuurvorm vanwege de beeindigbaarheid daarvan.

Noten

Paul ten Have is UHD voor kwalitatieve medische sociologie bij de Vakgroep Sociologie van de Universiteit van Amsterdam. Hij doet – binnen het VF-programma 'Ziekte, gezondheidszorg en cultuur' – onderzoek naar cognitieve en interactionele aspecten van het contact van professionals en leken, met name artsen en patiënten.

- 1 De weergave van het gesprokene verloopt via een vereenvoudigde versie van de in de conversatie-analyse gebruikelijke conventies (zie Ten Have 1987). Enkele hoofdpunten: h staat voor uitademing en 'h voor inademing, cursivering geeft nadruk aan, ? stijgende intonatie, = aansluitende uitingen, : klinkerverlenging, xx- het afbreken van een woord, (.) een korte pauze, (.6) een pauze van 6/10 seconde en [resp.] begin en einde van overlappende uitingen.

Literatuur

Have, Paul ten

- 1987 *Sequenties en formuleringen; aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-sprekurgesprekken*. Dordrecht: Foris.