



Maar zij zei dat...

CA-onderzoek naar referenties aan derde partijen in SOLK-consulten

But she said that...

CA research into references to third parties in MUS consultations

Manouk van den Bosch

Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit der Letteren

Masterscriptie Communicatie en Beïnvloeding

Begeleider: W.J.P. Stommel

Tweede lezer: W.P.M.S. Spooren

Datum: 3 juli 2020

Aantal woorden: 11988

Samenvatting

Kenmerkend voor consulten met patiënten met somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten, is dat patiënten hun bezoek legitimeren, druk uitoefenen en hun medisch traject uiteenzetten. Dit komt doordat het stellen van een diagnose vaak lastig is en een behandeling niet altijd mogelijk. Artsen ervaren patiënten in de tweedelijnsconsulten als moeilijk en frustrerend en de patiënten zelf voelen zich vaak ondermijnd. Om hun positie in het consult te verstevigen, refereren patiënten aan derde partijen. Het doel van het huidige onderzoek was om in beeld te krijgen welke functies deze referenties aan derden hebben. Uit de analyse blijkt dat een verwijzing naar een derde partij in tweedelijnsconsulten gebruikt kan worden ter onderbouwing van een uiting, om uitingen te voorzien van een bron en om een derde partij als verantwoordelijke aan te wijzen. De referenties verschillen ten opzichte van eerder onderzoek en laten zien hoeveel werk SOLK-patiënten moeten verrichten om hun positie in de consulten te verstevigen. Deze inzichten kunnen artsen helpen SOLK-patiënten te begrijpen en leiden mogelijk tot een verbetering van de communicatie met SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep.

Kernwoorden: SOLK, derde partij, klachtpresentaties, arts-patiënt communicatie, conversatieanalyse

Somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten (SOLK) is een term voor aandoeningen waarbij de patiënt last heeft van lichamelijke symptomen waarvoor geen adequate medische verklaring kan worden gevonden (Fink, Rosendal & Toft, 2002, pp. 99). Klachten die vaak gediagnostiseerd worden als SOLK zijn, bijvoorbeeld, vermoeidheid en hoofdpijn (Van Dieren & Vingerhoets, 2007). Een kleine groep houdt last van hun klachten en doet een groot beroep op de zorg (Olde Hartman, Van Ravesteijn, & Lucassen, 2012). (Huis)artsen ervaren SOLK-patiënten vaak als problematisch en lastig te behandelen. Beschrijvingen als ‘moeilijk’ (Mik-Meyer & Obling, 2012) en ‘frustrerend’ (Wileman, May, & Chew-Graham, 2002) geven een beeld van de ervaringen van artsen met SOLK-patiënten. Artsen lopen vooral tegen communicatieproblemen aan en problemen in de arts-patiëntrelatie (Olde Hartman et al., 2012). De patiënten, aan de andere kant, stellen veel te maken te hebben met stigmatisering omdat er geen bewijs is voor hun klachten (Tarber, Frosthalm, & Rehfeld, 2016) wat leidt tot een ondermijning van hun geloofwaardigheid (Åsbring & Närvänen, 2002). Het ontbreken van een verklaring voor de klachten heeft tot gevolg dat artsen vaak

psychologische factoren aanwijzen als de oorzaak (Wileman et al., 2002). SOLK-patiënten doen daarom moeite hun positie te verstevigen met pogingen om geloofwaardig over te komen en met het legitimeren van hun doktersbezoek (Tarber et al., 2016).

SOLK-patiënten hebben vaak al een heel traject achter de rug voordat ze bij een specialist in het ziekenhuis terecht komen. Als de huisarts geen verklaring voor de klachten kan vinden, wordt de patiënt vaak doorverwezen (Page & Wessely, 2003) naar het ziekenhuis (de tweede lijn). In het tweedelijsconsult presenteert de patiënt nogmaals zijn/haar klachten en worden eventuele diagnoses of behandelingen besproken. Juist de tweedelijsconsulten zijn voor SOLK-patiënten dus een gelegenheid om alsnog een diagnose en behandeling te krijgen, wat het voor de specialisten in kwestie juist extra problematisch kan maken om het ontbreken van een diagnose en/of de onmogelijkheid van behandeling te communiceren. Om de kans op het krijgen van een diagnose of behandeling te vergroten, refereren patiënten aan derde partijen. Een derde partij kan een andere arts zijn of een vriend of familielid. Referenties aan derden zijn in tweedelijsconsulten bij uitstek relevant omdat bij de medische voorgeschiedenis van SOLK-patiënten in tweedelijsconsulten veel derde partijen betrokken zijn (denk aan alle eerdere (huis)artsen en behandelaars). Deze scriptie richt zich op de vraag welke functies deze referenties aan derde partijen hebben in tweedelijsconsulten met SOLK-patiënten. Al bekend is dat patiënten met een verwijzing aan derden verantwoording afleggen voor hun bezoek (Heritage & Robinson, 2006), de ernst van de klachten benadrukken (Dowrick, Ring, Humphris, & Salmon, 2004) en hun bezorgdheid uiten (Dwamena, Lyles, Frankel, & Smith, 2009; Morriss & Gask, 2009). Deze onderzoeken zijn echter gericht op eerstelijsconsulten. In deze studie zal door middel van conversatieanalyse (CA) inzicht worden verkregen in de functie(s) van referenties aan derden in tweedelijsconsulten met SOLK-patiënten. Onderzoek naar de communicatie tussen specialisten en SOLK-patiënten en specifiek de rol van verwijzingen naar derde partijen daarin, kan artsen helpen SOLK-patiënten te begrijpen. Dit begrip kan leiden tot een verbetering van de communicatie met SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep.

1 Theoretisch Kader

1.1 Communicatie met SOLK-patiënten

Communicatie met SOLK-patiënten is vaak niet genoeg gericht op het bespreken van ideeën, opvattingen, angsten en verwachtingen van patiënten (Olde Hartman et al., 2012). De uitleg van de arts over het ontstaan van de klachten laat meestal geen ruimte over voor de zorgen,

ideeën en opvattingen van patiënten (Olde Hartman et al., 2014) waardoor artsen in hun uitleg geen rekening houden met de patiënt (Olde Hartman et al., 2012). Verschillende opvattingen over de klachten en wat eraan gedaan zou kunnen worden, kunnen vervolgens leiden tot irritatie bij zowel de arts als de patiënt (Van der Feltz-Cornelis, Swinkels, Blankenstein, Hoedeman, & Keuter, 2011). Juist goede communicatie over de aard van de klacht is cruciaal voor de effectiviteit van de behandeling waardoor het problematisch is dat patiënten niet de ruimte krijgen om hun opvattingen, angsten en verwachtingen te bespreken (Olde Hartman et al., 2012). Dat patiënten in veel gevallen geen ruimte krijgen om eigen opvattingen te delen, neemt niet weg dat patiënten toch proberen deze over te brengen aan de arts. Juist omdat de oorzaak van hun klachten onduidelijk is en een diagnose en behandeling niet altijd mogelijk (Shattock, Williamson, Caldwell, Anderson, & Peters, 2013), zetten SOLK-patiënten zich in om hun opvattingen te uiten en zo toch een behandeling (Gill, 2005) of diagnose te krijgen, geloofwaardig over te komen (Tarber et al., 2016) en hun voorafgaande medisch traject uitvoerig te bespreken (Heritage & Robinson, 2006). Drie kenmerken van consulten met SOLK-patiënten die daarom vaak voorkomen zijn het legitimeren van bezoek, het uitoefenen van druk en het uiteenzetten van het voorafgaande medisch traject. Deze kenmerken en de eventuele rol die referenties aan derde partijen hierin spelen, zullen een voor een worden besproken.

1.2 Legitimeren van bezoek

Het eerste kenmerk van SOLK-consulten is het legitimeren van bezoek. Bij de beschrijving van hun medische problemen streven patiënten ernaar de sociale verantwoordelijkheid voor hun beslissing om de arts te bezoeken uit te drukken en hun beslissing om medische hulp te zoeken te rechtvaardigen. Dit wordt doctorability genoemd (Heritage & Robinson, 2006). Om hun bezoek te legitimeren, kunnen patiënten verantwoording afleggen, de ernst van de klachten weergeven, bezorgdheid uiten of een eigen diagnose voorstellen.

1.2.1 Afleggen verantwoording

Hoewel het streven van patiënten naar medische legitimiteit is beschreven als een fundamenteel kenmerk van eerstelijnsconsulten (Heritage & Robinson 2006), is in het geval van SOLK-patiënten legitimiteit voornamelijk verbonden aan het recht om ziek te mogen zijn. Dit recht wordt door Parsons (1951) geformuleerd als de 'sick role'. SOLK-patiënten hebben een legitimiteitsprobleem wat wil zeggen dat ze zich niet erkend voelen als legitiem ziek. Doordat een klacht onvoldoende kan zijn om een medisch bezoek te kunnen rechtvaardigen (Heritage & Robinson, 2006), hebben SOLK-patiënten de neiging om verantwoording af te leggen. Dit

kan door te refereren aan een derde partij. Met een referentie presenteren patiënten hun conclusies over hun problemen als gedeeld met een ander (Gill, 1998) of schrijven ze de motivatie om medische hulp te zoeken volledig toe aan derden (Stivers, 2002). In beide gevallen wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor het maken van de afspraak verminderd waardoor de kans dat het bezoek als ongepast of als niet legitiem wordt beoordeeld door de arts, zal worden beperkt (Heritage & Robinson, 2006). Patiënten proberen dus duidelijk te maken dat hun aanwezigheid in de kamer van de arts de uitkomst is van een handeling waarin zij niet de enige beslisser waren. Door de verantwoordelijkheid voor het initiëren van het consult te spreiden, verminderen patiënten hun eigen keuzevrijheid en aansprakelijkheid (Heritage & Robinson, 2006).

1.2.2 Weergeven van de ernst

SOLK-patiënten hebben de neiging om duidelijk te maken aan de arts hoe ernstig de klachten zijn om zo het recht te ‘claimen’ ziek te mogen zijn. In deze klachtpresentatie is er vaak spanning tussen de klachten en de normale routines, ook wel ‘business as usual’ (Jefferson, 1988). De patiënt illustreert de impact van de klachten op het dagelijks leven door aan te geven hoe ze een oncontroleerbare bedreiging vormen voor de ‘business as usual’ (Tarber et al., 2016). Hiermee maakt de patiënt duidelijk dat het ‘lijden’ aan de klachten niet alleen fysiek is, maar ook sociaal en ‘existentieel’. De patiënten beschrijven dus de dagelijkse routines om inzicht te geven in hoe de klachten de normale routines verstoren om zo het bezoek aan de arts te legitimeren. In deze beschrijving kunnen SOLK-patiënten refereren aan derde partijen. Aan deze partijen wordt autoriteit verleend om de ernst van de symptomen te onderbouwen (bijv. ‘mijn man zegt dat ik een vrouw van 90 lijk.’). Dowrick et al. (2004) noemen dit type referentie ‘verstrekken externe autoriteit’. Deze referentie wordt naast het onderbouwen van de ernst, ook gebruikt door SOLK-patiënten om de aard, realiteit of oorzaak van de symptomen te onderbouwen (bijv. ‘mijn man zegt dat het komt door de migrainetabletten.’) (Dowrick et al., 2004).

1.2.3 Uiten van bezorgdheid

SOLK-patiënten kampen vaak met verontrustende klachten en willen aan de arts kenbaar maken dat ze zich hierover zorgen maken. Bezorgde SOLK-patiënten hebben bijna allemaal last van ‘health anxiety’ (Dwamena et al., 2009) wat betekent dat ze impliciet of expliciet laten merken dat ze bezorgd zijn over de symptomen die niet gediagnostiseerd kunnen worden. De patiënten uiten die bezorgdheid omdat ze op zoek zijn naar emotionele steun en erkenning (Morris &

Gask, 2009). Ze willen dat de arts hun klachten en bezorgdheid als legitiem beschouwd (Morriss & Gask, 2009).

Uit eerder onderzoek blijkt dat een derde partij op verschillende manieren bij kan dragen aan het ‘uiten van bezorgdheid’. SOLK-patiënten noemen vaak familiale patronen of familiegeschiedenis als oorzaak van hun bezorgdheid (Dwamena et al., 2009). Deze patronen kunnen beschreven worden als ziektes, gedragingen of condities die met regelmaat voorkomen of voorkwamen bij verschillende familieleden. Een vrouw in het onderzoek van Dwamena et al. (2009) refereerde bijvoorbeeld aan haar moeder die in het verleden verkeerde diagnoses had gekregen. De patiënt stelde dat ze zichzelf daardoor ziet als een wandelende ramp waar iets mee staat te gebeuren. De patiënt beschrijft dus de oorzaak van haar bezorgdheid door te refereren aan een familielid. Patiënten kunnen ook refereren aan een derde partij om het eigenaarschap over hun bezorgdheid te verschuiven (Gill, Halkowski, & Roberts, 2001) gebruikten een derde partij ten tweede). Gill et al. (2001) beschrijven bijvoorbeeld hoe een niet-SOLK patiënt gezondheidszorgen bij een derde partij legt (‘mijn kinderen maken zich zorgen’) en daarmee de kwestie op tafel legt. De patiënt verschuift het ‘bezit’ van de zorgen naar een andere partij (Gill et al., 2001). Vervolgens is het aan de arts om deze zorgen wel of niet als legitiem te bestempelen.

1.2.4 Zelf-diagnostisering

Het legitimeren van het bezoek aan de arts kan tot slot ook door diagnostische claims te doen. SOLK-patiënten zijn op zoek naar een geruststellend ‘label’ (McDonald, Daly, Jelinek, Panetta, & Gutman, 1996) voor hun verontrustende klachten, ook wel een diagnose van de arts. Als de arts niet met een diagnose komt, kan de patiënt zelf een voorstel doen. Diagnostische claims zijn gericht op het versnellen van de overgang naar (lichamelijk) onderzoek en behandeling (Stivers, 2002) en dragen bij aan doctorability (Heritage & Robinson, 2006) waardoor zelf-diagnostisering onderdeel is van het kenmerk ‘legitimeren van bezoek’. Het toevoegen van een diagnosevoorstel aan de klachtpresentatie wordt een kandidaat-diagnose genoemd (Stivers, 2002). Kandidaat-diagnoses worden door niet-SOLK patiënten geuit door eerst de klacht te noemen, gevolgd door een koppelingsvoorstel met oorzakelijke factor (Gill & Maynard, 2006). Dit koppelingsvoorstel kan attributief en non-attributief zijn. Bij een attributief-koppelingsvoorstel stellen patiënten expliciet een causaal verband voor (Gill & Maynard, 2006). Ze linken een symptoom/klacht aan een ervaring of omstandigheid met woorden als ‘want’ en ‘daardoor’ (bijv. ‘Ik heb last van mijn spieren doordat ik ben gevaccineerd’). De vaccinatie (omstandigheid) is volgens de patiënt de oorzakelijke factor voor de spierklachten

(symptomen). Wanneer patiënten een niet-attributief koppelvingsvoorstel doen, leggen ze alleen een impliciete link (Gill & Maynard, 2006). De patiënt beschrijft of verwijst naar een symptoom en verbindt dit vervolgens aan een omstandigheid of ervaring met woorden als ‘en’ en ‘maar’ (bijv. ‘Ik ben gevaccineerd en heb last van mijn spieren’). Het voorstellen van een niet-attributieve kandidaat-diagnose is een voorbeeld van ‘aftasten door melden omstandigheid’ (Gill et al., 2001). Bij dit fenomeen rapporteert de patiënt een omstandigheid (bijv. ‘Ik ben onlangs gevaccineerd’) in de hoop dat de arts hier een medische implicatie (‘upshot’) aan linkt (bijv. een diagnose of behandeling). De patiënt tast dus af en verwacht een reactie van de arts zonder zelf een standpunt in te nemen of zelf de ‘upshot’ te formuleren.

Patiënten zijn terughoudend in het voorstellen van kandidaat-diagnoses (Heritage & Robinson, 2006) waardoor deze voorstellen vaak gepaard gaan met ‘speculative explanations’ (Gill, 1998) waarmee de patiënt zijn of haar eigen kennis over de oorzaak van de klachten voorzichtig afzwakt (Gill, 1998). Wanneer patiënten een verklaring geven voor hun gezondheidsproblemen leiden ze deze bijvoorbeeld in met een indicator van onzekerheid als ‘ik weet niet of...’ (Gill, 1998). Hiermee presenteren patiënten zich als onzeker over hun verklaring en nemen ze er in zekere mate afstand van. Patiënten kunnen ook afstand nemen van hun kandidaat-diagnose door hun persoonlijke betrokkenheid bij de verklaring te minimaliseren. Dit kan door de verklaring volledig af te schuiven op een derde partij. De referentie dient dan als middel om een derde aan te wijzen als ‘bedenker’ van de verklaring (Gill, 1998; Gill & Maynard, 2006; Stivers, 2002).

1.3 Uitoefenen van druk

Het tweede kenmerk van SOLK-consulten is het uitoefenen van druk. Dit kan door een behandeling te forceren of door weerstand te bieden.

1.3.1 Forceren van een behandeling

Eerdere onderzoeken laten zien dat SOLK-patiënten niet op zoek zijn naar een oplossing voor hun klachten maar naar verduidelijking (Morriss & Gask, 2009) en emotionele support (Salmon, Ring, Dowrick, & Humphris, 2005; Salmon, Ring, Humphris, Davies, & Dowrick, 2009). SOLK-patiënten zouden erkenning zoeken van hun (huis)arts en een team willen vormen met de arts om hun klachten te begrijpen (Morriss & Gask, 2009). Desondanks blijkt dat SOLK-patiënten ook druk uitoefenen op (huis)artsen om een behandeling te krijgen (Morriss & Gask, 2009). Dit kan een behandeling zijn in de vorm van (verdere) onderzoeken, voorschrijvingen en (door)verwijzingen (Morriss & Gask, 2009). De behoefte om een behandeling te forceren,

wordt mogelijk veroorzaakt door het uitblijven van een adequate medische verklaring voor de klachten. Door de afwezigheid van een verklaring is het lastig voor artsen om SOLK-patiënten te diagnosticeren (Shattock et al., 2013) en een behandeling voor te stellen. Als de arts geen behandeling voorstelt, doen SOLK-patiënten dit vaak zelf.

Uit eerder onderzoek blijkt dat derde partijen op verschillende manieren onderdeel kunnen zijn van het ‘forceren van een behandeling’. Ten eerste blijkt uit onderzoek van Gill (2005) dat niet-SOLK patiënten een precedent (vaak een arts) noemen die hen in het verleden al een specifiek onderzoek heeft aangeboden. Gill (2005) noemt dit ‘citeren van een precedent voor een onderzoek’. Patiënten halen een eerdere arts aan door de positieve houding van de andere arts ten opzichte van het onderzoek te beschrijven (Gill, 2005). Het is vervolgens aan de arts om wel of niet in te stemmen met de behandeling die de eerdere arts heeft aangeboden. Ten tweede, kunnen patiënten ook een behandeling forceren door vol lof te spreken over het gedrag van een eerdere arts om zo een voorkeur uit te spreken voor hoe de huidige arts zich zou moeten gedragen (Maynard, 1998). Sterker, de patiënt kan indirect de arts de schuld geven van het melden van slecht nieuws (bijv. ik kan u niet helpen) door aan te geven dat een eerdere arts wel iets voor hen heeft kunnen betekenen (Maynard, 1998). De patiënt legt op die manier druk op de arts om ook iets voor hem/haar te betekenen. Ten derde kan de patiënt refereren aan een derde partij om een behandeling te forceren zonder direct een vraag te stellen. Zo kan een patiënt niet alleen bewust gezondheidszorgen afschuiven op een derde partij (Gill et al., 2001), zoals besproken in paragraaf 1.2.3, maar kan hij/zij ook de verantwoordelijkheid van het behandelingsvoorstel afschuiven op een derde partij. De patiënt legt dan het behandelingsvoorstel indirect voor aan de arts door te melden dat een derde partij de vraag hiernaar gesteld heeft. In het onderzoek van Gill et al. (2001) deed de patiënt bijvoorbeeld indirect een behandelingsuggestie door aan te geven dat haar kinderen deze vraag gesteld hadden (‘ze zeiden: Mam, heb je je laten testen op HIV?’).

1.3.2 Weerstand bieden

Patiënten oefenen ook druk uit door weerstand te bieden aan een voorgestelde behandeling. Voor SOLK-patiënten is er vaak geen behandeling waardoor ze doorgestuurd worden naar andere specialisten (Page & Wessely, 2003) of psychologen (House, 1989) terwijl ze juist vaak op zoek zijn naar geruststelling in de vorm van een ‘een label’ (McDonald et al., 1996) of vervolgonderzoek (Page & Wessely, 2003).

Weerstand is een middel waarmee patiënten acceptatie uitstellen totdat aan hun zorgen en behandelvoorkeuren is voldaan (Koenig, 2011). Uit onderzoek onder niet-SOLK patiënten

blijkt dat er grofweg twee vormen van weerstand zijn: passieve weerstand en actieve weerstand. Bij passieve weerstand onthoudt de patiënt acceptatie van een behandelingsaanbeveling door geen toezegging te doen het aangeboden advies op te volgen (Koenig, 2011). Deze vorm van weerstand komt vaak voort uit onzekerheid over wat de behandelingsaanbeveling in gaat houden (Koenig, 2011). Passieve weerstand kan geuit worden met ‘unmarked acknowledgments’ (Heritage & Sefi, 1992), zoals ‘mmhm’, ‘hmhm’ of ‘yeah’. Hiermee laten patiënten zien het advies (nog) niet te accepteren en daarmee geen verbintenis aan te gaan het advies op te volgen. ‘Unmarked acknowledgments’ kunnen ook eindigen in expliciete uitingen van weerstand (Heritage & Sefi, 1992). Dit wordt actieve weerstand genoemd (Stivers, 2005). Actieve weerstand is het in twijfel trekken of uitdagen van het behandelingsvoorstel van de arts (Stivers, 2005). Denk aan een uiting van een patiënt als ‘ik weet niet of dat wat gaat opleveren hoor...’ nadat de arts voorstelt een nieuw medicijn te proberen of aan een behandelingsalternatief dat de patiënt voorstelt (bijv. verhogen medicatie i.p.v. veranderen). Een actieve weerstanduiting ontlokt een reactie van de arts en onderscheidt zich daarmee van een passieve weerstanduiting (Stivers, 2005).

1.4 Uiteenzetten van het voorafgaande medisch traject

Het derde kenmerk van SOLK-consulten is het uiteenzetten van het voorafgaande medisch traject. SOLK-patiënten hebben vaak een lang medisch traject achter de rug door vele doorverwijzingen (Page & Wessely, 2003). Het noemen van de voorgeschiedenis is daardoor vaak onvermijdelijk en is een gespreksonderdeel waarbij vaak gerefereerd wordt aan derde partijen. Over de rol van die referenties aan derden is echter nog weinig bekend.

Patiënten kunnen hun problemen en geschiedenis weergeven door hun medisch traject te bespreken. Dit gebeurt vaak in de history-taking fase. Gedurende deze fase stellen artsen normaliter vragen om informatie te verkrijgen over de patiënt (Bolden, 2000). Met de vragen die de artsen stellen, werken ze aan hun ‘agenda’ (Heritage & Clayman, 2011). De agenda bevat een onderwerpsagenda, bestaande uit een onderwerp waarover gesproken moet worden (bijv. medische informatie van familieleden), en een handelingsagenda, bestaande uit de handelingen die van de patiënt verwacht worden (bijv. noemen ziektes van ouders). Het type vraag van de arts beïnvloedt welke handelingen van de patiënt relevant zijn. De patiënt kan echter ook een hele andere agenda hebben, andere handelingen daardoor relevant maken en daarmee in het vaarwater zitten van de arts. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld beginnen over een ander onderwerp of een uitgebreider antwoord geven dan de vraag toeliet. Niet-SOLK patiënten voegen bijvoorbeeld soms ondersteunende details toe aan het geprefereerde antwoord van de

arts (bijv. ja/nee). Dit wordt ‘ondersteunen antwoord door toevoegen details’ genoemd (Stivers & Heritage, 2001). Stivers en Heritage (2001) geven in hun onderzoek een voorbeeld van een dame die gevraagd wordt naar hoe vaak ze hoofdpijn heeft. Ze beantwoordt deze vraag in eerste instantie met een (negatieve) ‘mm’ maar volgt dit antwoord na een korte pauze op met de aanvullende verklaring ‘neem bijna nooit aspirine’. De extra informatie die in deze beurt wordt verstrekt is ‘vrijwillig’ want er wordt niet om gevraagd door de arts (niet geprefereerd). De patiënt claimt dus meer spreekruimte door haar antwoord uit te breiden met documentatie, namelijk een indicatie van haar gebruik van aspirine. SOLK-patiënten zouden op hun beurt bijvoorbeeld een vraag naar hun klachten uitgebreider kunnen beantwoorden door hun medische voorgeschiedenis te delen waar derde partijen (eerdere artsen) onderdeel van zijn.

1.5 Huidig onderzoek

Van de eerder uitgevoerde onderzoeken is slechts een klein deel gericht op tweedelijnsconsulten (Gill, 1998; Gill & Maynard, 2006; Koenig, 2011; Stivers, 2002; Stivers, 2005). Er is dus nog weinig informatie over referenties aan derde partijen in de algehele context van tweedelijnsconsulten met SOLK-patiënten. Dit terwijl referenties aan derden vaak voorkomen in tweedelijnsconsulten. Uit eerder besproken onderzoek blijkt verder dat SOLK-patiënten in eerstelijnsconsulten refereren aan derde partijen om verantwoording af te leggen (Heritage & Robinson, 2006), de ernst van de klachten te benadrukken (Dowrick et al., 2004) en om hun bezorgdheid te uiten (Dwamena et al., 2009; Morriss & Gask, 2009). Of en hoe SOLK-patiënten dit in tweedelijnsconsulten doen is nog onbekend. Daarnaast blijkt dat niet-SOLK patiënten in eerstelijnsconsulten refereren aan derde partijen om zorgen of verantwoordelijkheid van een behandelingsvoorstel af te schuiven (Gill et al., 2001) of een behandeling te forceren (Gill, 2005; Maynard, 1998). Of en hoe SOLK-patiënten dit in tweedelijnsconsulten doen is nog onbekend. Tot slot blijkt ook dat niet-SOLK patiënten weerstand bieden (Koenig, 2011; Stivers, 2001) en uitgebreid in kunnen gaan op vragen van artsen (Stivers & Heritage, 2001). Of en hoe SOLK-patiënten dit in tweedelijnsconsulten doen en welke functie referenties aan derde partijen hierin hebben is nog onbekend.

Onderzoek naar de communicatie tussen artsen en SOLK-patiënten in tweedelijnsconsulten en specifiek de rol van verwijzingen naar derde partijen daarin, kan leiden tot inzicht in de betekenis van deze verwijzingen. Dit maakt het voor artsen mogelijk SOLK-patiënten als ‘problematische’ patiëntengroep beter te begrijpen en hun communicatie op hen aan te passen. In het huidig onderzoek wordt een conversatieanalyse uitgevoerd van tweedelijnsconsulten om inzicht te krijgen in de functies die referenties aan derde partijen

hebben in het legitimeren van bezoek, het uitoefenen van druk en het uiteenzetten van het voorafgaande medisch traject. Met de inzichten kan antwoord worden gegeven op onderstaande onderzoeksvraag:

Onderzoeksvraag: Welke functies hebben referenties aan derde partijen in tweedelijnsconsulten met SOLK-patiënten?

2 Methode

2.1 Data

In het huidig onderzoek is gebruik gemaakt van een bestaande database met tweedelijns SOLK-consulten die tussen 2011 en 2014 hebben plaatsgevonden (Weiland, 2015). Het onderzoek van Weiland (2015) was gericht op het verbeteren van de communicatie met SOLK-patiënten door middel van training van artsen. De consulten zijn opgenomen op verschillende afdelingen in verschillende ziekenhuizen in de regio's Rotterdam en Utrecht. De onderzoeker was niet aanwezig bij de consulten.

Uit de database van Weiland (2015) zijn twintig consulten geselecteerd bij wijze van aselechte quota-steekproef. Anne Weiland heeft consulten geselecteerd waarin de arts en patiënt verschillende culturele achtergronden hadden. Dit was de oorspronkelijke focus van het huidig onderzoek. Door de verschillende culturele achtergronden waren twee consulten volledig in het Engels. Daarnaast waren er bij vier consulten tolken aanwezig. Deze tolken spraken in het Turks met de patiënten en in het Nederlands met de arts. Uit de eerste analyse van de consulten bleek echter dat verschillen in culturele achtergronden niet of nauwelijks observeerbaar een rol speelden in de consulten. Een fenomeen dat wel observeerbaar een rol speelde was het verwijzen naar derde partijen wat daardoor de focus werd van het onderzoek.

Van de twintig consulten zijn er vier gevoerd met vrouwen en zestien met mannen. De patiënten hadden klachten als hoofdpijn, gewrichtspijn en vermoeidheid en kwamen bij specialisten als reumatologie, gynaecologie, neurologie en interne geneeskunde. Verdere persoonlijke gegevens zijn onbekend. De consulten hadden een gemiddelde duur van 21 minuten (min. 7 minuten en max. 38 minuten).

2.2 Procedure

De patiënten kwamen niet speciaal voor het onderzoek naar het Erasmus MC, maar voor polikliniekafspraken (Weiland, 2015). De medisch receptioniste informeerde de patiënten over

de video-opname van de consulten. Er werd alleen een opname gemaakt als de patiënt daarvoor toestemming gaf en alle verzamelde videogegevens zijn verwijderd wanneer patiënten dat verzochten. Opgeleide onderzoeksassistenten hebben de artsen ondersteund bij het opstellen van de camera (Weiland, 2015). De onbemande camera was gericht op zowel de arts als de patiënt. Na het consult informeerde een onderzoeksassistent de patiënt over het onderzoek en alle procedures, waaronder het gebruik van de video. De patiënten kregen achteraf een informatiebrief en alleen die patiënten die schriftelijke geïnformeerde toestemming gaven, zijn opgenomen in het onderzoek (Weiland, 2015).

2.3 *Analyse*

CA is een methode waarbij interactie geanalyseerd kan worden. In het proces van (sociale) interactie wordt gedeelde betekenis, wederzijds begrip en coördinatie van menselijk gedrag bereikt (Goodwin & Heritage, 1990). Dit onderzoek richt zich op de institutionele context van het ziekenhuis. In tegenstelling tot ‘alledaagse’ CA, zijn bevindingen binnen institutionele CA minder permanent. Ze zijn onderworpen aan sociale veranderingen vanwege de invloed van bijvoorbeeld cultuur, innovatie en economie (Heritage, 2005). Institutionele gesprekken hebben daarnaast specifieke beperkingen in wat is toegestaan, hebben specifieke doelen afhankelijk van de rollen die gebonden zijn aan het instituut (bijv. arts en patiënt) en hebben raamwerken en procedures die afhankelijk zijn van de institutionele context (Heritage, 2005). Arts-patiënt gesprekken hebben bijvoorbeeld de globale structuur ‘opening, history-taking, (lichamelijk) onderzoek en afronding’. In welke fase de interactie zich bevindt, is af te lezen aan de uitingen van de gespreksdeelnemers. Dit betekent dat de context van het gesprek als het ware wordt vormgegeven tijdens de interactie (Heritage, 2005). Dat wil zeggen dat de betekenis van een uiting gevormd wordt door de eerdere uitingen waar de uiting uit voortkomt.

In de verkennende fase zijn fragmenten met referenties aan derde partijen geïnventariseerd. Een derde partij kan zowel een individu als groep zijn (bijv. ‘Mijn buiktrainster zei...’ of ‘Mijn ouders hadden dit ook.’) die in de meeste gevallen niet aanwezig is, maar in een enkel geval wel (nl. naaste van de patiënt die ook deelneemt aan de conversatie). Waarneembare indicatoren van referenties aan derden in de vorm van eigennamen (bijv. Thijs), zelfstandig naamwoorden (bijv. artsen, familie) en persoonlijk voornaamwoorden (bijv. hij/zij) zijn gebruikt om een collectie te vormen. Gedurende de verkennende fase hebben er drie datasessies plaatsgevonden met conversatieanalisten om voorgelegde ‘derde partij’-fragmenten te bespreken.

De collectie is ingedeeld op basis van waarnemingen in de details van de fragmenten. Aan deze waarnemingen is een werktitel gekoppeld (bijv. forceren behandeling). Deze werktitels, en bijbehorende waarnemingen, zijn vervolgens getest op andere fragmenten. Fragmenten die dezelfde werktitel kregen, zijn in dezelfde categorie ingedeeld. Deze categorieën zijn vervolgens geanalyseerd en gespiegeld aan bestaande CA-literatuur over vergelijkbare arts-patiënt interactie (nl. CA-onderzoek gericht op referenties aan derden en/of SOLK-problematiek). De fragmenten zijn getranscribeerd volgens gangbare notatieconventies voor CA (Jefferson, 1985; Selting et al., 1998; zie bijlage). Aanvullend op de bestaande notatieconventies, is (xx) gebruikt om persoonlijke gegevens te anonimiseren (bijv. namen of ziekenhuizen). De verzameling ‘verwijzingen naar derde partij’ bestaat uit 96 gevallen. Representatieve gevallen uit deze collectie zijn opgenomen in de analyse.

3 Bevindingen

De resultaten van de analyse laten zien dat SOLK-patiënten in tweedelijnsconsulten op bepaalde punten anders hun bezoek legitimeren, druk uitoefenen en hun voorafgaande medisch traject uiteenzetten dan zowel SOLK-patiënten als niet-SOLK patiënten in eerstelijnsconsulten. Daarnaast werden ook verwijzingen naar derde partijen anders verwoord. De referenties kunnen gebruikt worden ter onderbouwing van uitingen, om uitingen te voorzien van een bron en om een derde partij als verantwoordelijke aan te wijzen. Deze functies zullen in dit hoofdstuk worden besproken.

3.1 Referentie aan derde partij ter onderbouwing

Patiënten kunnen refereren aan een derde partij ter onderbouwing wat betekent dat SOLK-patiënten een bepaalde uiting ondersteunen met een referentie. Het onderbouwen van een claim met een verwijzing naar een derde partij kan gebruikt worden voor het legitimeren van het bezoek en voor het uiteenzetten van het medisch traject dat de patiënt heeft afgelegd voorafgaand aan het bezoek.

Referentie legitimeert bezoek

SOLK-patiënten kunnen refereren aan een derde partij om de ernst van hun klachten te onderbouwen om zo hun bezoek te legitimeren. Dit zien we in fragment 1, waar een arts (A) de heftige menstruatieklachten van een patiënt (P) in bijzijn van haar man (T (tolk)) bespreekt.

Nadat de history-taking fase is afgerond, stelt de arts voor te beginnen aan lichamelijk onderzoek. Ze stelt eerst nog de vraag of de patiënt naar school of werk kan.

Fragment 1 (uit consult 1)

1 A: i don't know if it's- can you go to SCHOOL? can you work or
2 [do ya have] to stay at home.
3 T: [hmm:]
4 hmpa hmpa either stay at home o:r if she goes↑ she's
5 → like a ghost [i mean her teacher sent--]
6 P: [(praat turks)]
7 ((praat turks))=
8 T: =she feels like fainting almost↓ [out of pain like] eh h h
9 A: [hm↑hm↓ hm↑hm↓ hm↑hm↓]
10 when she went to the the university right,=
11 A: =hm↑hm↓
12 T: → once even her eh: s eh teachers sent her back all the [ti-
13 → (?)]
14 A: [ye
15 ah] because she goes to the university;=
16 P: =yeah
17 T: [yeah] she's eh she's right now going to hogeschool
18 A: [okay]
19 T: (xx);
20 A: okay

De arts vraagt of de patiënt in staat is om naar werk of school te gaan (regel 1 en 2) waarop de patiënt antwoordt dat het een keuze is tussen thuis blijven of als geest rondlopen (regel 4 en 5). Dit wordt onderbouwd met een gevoel van flauwvallen (regel 8) en met het gegeven dat leraren haar een keer naar huis hebben gestuurd (regel 5, 12 en 13). Blijkbaar zijn de klachten dusdanig ernstig dat leraren in het verleden al eens de beslissing hebben genomen om de patiënt naar huis te sturen. De patiënt en haar man verlenen dus autoriteit aan de derde partij (de leraren) om de ernst van de symptomen te onderbouwen en bezoek aan de arts te legitimeren. Dit is een voorbeeld van 'verstrekken externe autoriteit' (Dowrick et al., 2004).

Een andere manier om de ernst met een referentie te onderbouwen en daarmee het bezoek aan de arts te legitimeren, is door de thuissituatie te illustreren. In fragment 2 spreekt de arts (A)

met een patiënt (P) met fibromyalgie. Het fragment is onderdeel van de history-taking fase en bevindt zich aan het begin van het consult.

Fragment 2 (uit consult 8)

- 1 A: hoelang duurt 't, komt u een beetje op gang 's ochtends?
2 P: e:h naja >s' ochtends d' dan ben ik met mn drie kinderen bezig
3 en dan< e:h ja soms dan eh als 't dan heb je die pijn zeg maar
4 en dan- ik weet ook niet h' dat verband heet maar dan voel ik
5 me ZO week en zwak en dan [as-] als ik me keertje tanden
6 A: [hm↑hm↓]
7 P: → moet poetsen ofzo dan denk ik van °oh snel poetsen° [ofzo]
8 A: [hm↑hm↓]
9 P: → maar dat doet al PIJN.
10 A: [•pt]
11 P: → [dat] i' echt al vermmOEIend dan zeg ik- dan zeg ik tegen haar
12 → van alsjeblieft doe je mond SNEL open weet je wel [°dan kunnen
13 A: [uhhuh
14 P: we] snel gaan°.
15 A:]
16 A: [oke dat e:h]
17 P: [en als ik] eenmaal ga buigen en dan voel ik me misselijk en
18 d' heel zwakjes zeg maar,
19 A: hm↑hm↓. u wordt 's nachts wel eens wakker van de pijn?
20 P: e:h nee.

De arts stelt een 'ja/nee interrogatief' (regel 1) waarmee de arts zichzelf opstelt alsof hij geen informatie heeft over de thuissituatie van de patiënt (Heritage & Clayman, 2011). De handelingsagenda is door de vraagstelling smal: de patiënt kan alleen en gesloten (ja/nee) uiting doen (Heritage & Clayman, 2011). De patiënt houdt zich echter niet aan de handelingsagenda (regel 2) en claimt meer spreekruimte door uit te weiden over haar ochtenden (Stivers & Heritage, 2001). Het uitgebreider presenteren van de klachten komt vaker voor bij twijfelachtige aandoeningen (Heritage & Robinson, 2006) en is dus niet vreemd voor SOLK-patiënten. De patiënt illustreert haar klachten met de dagelijkse routine van het tandenpoetsen (regel 7, 9, 11, 12 en 14). Ze presenteert de klachten als verontrustend en verstorend voor de dagelijkse routines (Jefferson, 1988) waarmee de patiënt aangeeft dat de klachten een oncontroleerbare inbreuk zijn op dagelijkse routines als tandenpoetsen (Tarber et al., 2016). De patiënt refereert in haar klachtpresentatie aan een derde partij, namelijk aan 'haar' (dochter) in

regel 11 waardoor deze presentatie verschilt met klachtpresentaties in eerder onderzoek (Jefferson, 1988; Tarber et al., 2016). De patiënt illustreert de ernst van haar klachten door de dagelijkse routine van het poetsen van de tanden van haar kinderen te illustreren en daarmee haar dagelijks 'lijden' zichtbaar te maken aan de arts (Tarber et al., 2016). Op deze manier legitimeert de patiënt haar bezoek aan de arts en neemt ze de 'sick role' (Parsons, 1951) aan. De derde partij is hier dus onderdeel van de illustratie van de thuissituatie waarmee de ernst van de klachten wordt onderbouwd.

Patiënten kunnen tot slot met een referentie aan een derde partij ook hun zorgen onderbouwen en daarmee hun bezoek legitimeren. In fragment 3a spreekt de arts (A) met een patiënt (P) die last heeft van vermoeidheidsklachten, van haar knieën en van hoofdpijn. Ze heeft eerder te horen gekregen dat er sprake is van bezinking. Dit betekent dat bloedcellen sneller naar beneden zakken dan normaal wat duidt op een infectie of ontsteking. Bij de start van de weergegeven interactie reageert de patiënt op de openingsvraag van de arts: 'kunt u zelf vertellen wat de reden is dat u hier bent.'

Fragment 3a (uit consult 14)

- 1 P: =ja de bezin↑king en (0.4) ja en (.) dat baart mij dan weer
2 zorgen want ik heb 't een en ander al meegemaakt °in mijn leven
3 [waardoor] ik eh •pt he' snel°- niet snel paniekerig ben >maar
4 A: [ja]
5 P: toch dat er bij mij toch elke keer een stemmetje in mn hoofd<
6 bl[ijft van JA]
7 A: [°is er toch niet iets°]
8 ja
9 P: •hh is 't niet ie' heel ERNstigs,=
10 A: =[nee]
11 P: =[want] 'k heb 't van heel dicht meegemaakt twee keer dus dat,=
12 A: ja
13 P: → eh °mijn man en en en nichtje van mij en beide allebei
14 → overleden°,

In regel 1 en 2 stelt de patiënt dat de bezinking haar zorgen baart vanwege haar verleden. In regel 13 en 14 wordt duidelijk dat dit slaat op het verlies van twee familieleden. De patiënt refereert dus aan een familiair patroon en duidt deze aan als oorzaak van haar bezorgdheid (Dwamena et al., 2009). Dit patroon wordt beschreven met eerdere condities die voorkwamen

bij verschillende familieleden (Dwamena et al., 2009). Nadat de patiënt uitlegt dat ze de resultaten vreemd vond omdat de bezinking telkens verschilde, geeft de arts (A) aan dat ze snapt dat de patiënt (P) verder onderzoek wil laten doen (fragment 3b).

Fragment 3b (uit consult 14)

- 1 P: verhoging [was]↓ en volgens mij ook elke keer een ander soort
2 A: [ja]
3 P: verhoging[ni]et dezelfde eh wat begreep ik volgens mij van de
4 A: [ja]
5 P: °huisarts°. naja toen kwam [ik] dus ook eh van [°eh de°--]
6 A: [ja] [nee ik begrijp]
7 heel goed dat u [e:h] daar graag [verde:r] naar
8 P: [°naar gekeken°]
9 A: wil laten kijken.
10 P: [ja ((lacht))]
11 A: → en eh (.) naja da- eh- en als er dingen in 't verleden of in de
12 → omgeving gebeuren dan [eh] °gaat u zich daar natuurlijk
13 P: → [ja]
14 A: → automatisch zorgen° om maken [•hh]
15 P: → [ja]

De arts geeft aan de wil om verder onderzoek te doen te begrijpen (regel 6, 7 en 9) en stelt, afgeleid uit voorafgaande informatie, dat iemand zich automatisch zorgen gaat maken als er 'dingen' in het verleden zijn gebeurd (regel 11, 12 en 14). De arts transformeert de derde partij (twee mensen die dicht bij de patiënt stonden) naar 'dingen in het verleden' (regel 11) of 'dingen in de omgeving' (regel 12). Het verliezen van familieleden is een gevoelig onderwerp. Gevoelige onderwerpen worden vaak met negatieve beleefdheid uitgevoerd (bijv. respectvol en tactvol) (Brown & Levinson, 1987). De arts vermijdt dus het gevoelige onderwerp door de familieleden in te ruilen voor abstracte vervangers (omstandigheden en verleden) om negatieve beleefdheid te uiten. In regel 13 en 15 bevestigt de patiënt dat de situaties van de genoemde derde partijen inderdaad de reden zijn voor haar bezorgdheid met een eenvoudig type-conform antwoord (ja) (Seuren & Huiskes, 2017). In beide fragmenten (3a en 3b) bevatten de antwoorden op de vragen referenties aan derden. De toevoeging van referenties maakt dat deze fragmenten verschillen ten opzichte van eerder onderzoek naar vraag-antwoord paardelen (Robinson & Heritage, 2014; Seuren & Huiskes, 2017). De patiënt claimt extra spreekruimte (fragment 3a) door aanvullende details te geven (Stivers & Heritage, 2001) en onderbouwt haar antwoord met referenties aan haar man en nichtje. De patiënt onderbouwt met de referenties

dus waarom ze zich zorgen maakt over haar klachten. De arts bevestigt deze denkwijze door aan te geven dat de zorgen logisch zijn (regel 11, 12 en 14).

Met de derde partij ter ‘onderbouwing’ ondersteunen patiënten dus de ernst van hun klachten en hun zorgen waarmee ze hun bezoek aan de arts legitimeren. Dit kan door met een referentie aan een derde partij weer te geven dat anderen de ernst (indirect) benadrukken, zoals de leraren en de dochter in fragment 1 en 2, of door met een referentie aan de familiehistorie de zorgen om de eigen gezondheid te onderbouwen (fragment 3a en 3b).

Referentie onderbouwt voorafgaand medisch traject

Het uiteenzetten van het medisch traject komt voor in de history-taking fase. De arts informeert in deze fase naar de klachten van de patiënt (Bolden, 2000) en SOLK-patiënten refereren op hun beurt in hun antwoorden aan derden om hun voorafgaande medisch traject te onderbouwen. In de interactie weergegeven in fragment 4 zien we hier een voorbeeld van. In het fragment spreekt de arts (A) met een patiënt (P) met hoofdpijn en rugklachten. Nadat de arts uitlegt geeft over de onderzoeksresultaten, begint de history-taking fase waar dit fragment een onderdeel van is.

Fragment 4 (uit consult 25)

1 A: naja: 't zi- 't 't wat u beschrijft is wel 'n wel behoorlijk
2 lastige klachten.=
3 P: =ja=
4 A: =en 't is gewoon ik merk, inderdaad dat u zegt [°he 't is in
5 't°--]
6 P: [ja ik weet
7 't]
8 A: DAgelijks leven gewoon [erg beperkend.]
9 P: [DAGELIJKS] leven ja inderdaad
10 want=
11 A: =ja=
12 P: → =ik heb 't niet paar maanden ik heb 't JA:ren dat >ik denk
13 → bij mezelf< <oke> •hh eerst zeiden ze van je bent te dik=
14 A: =ja=
15 P: → =en je moet naar die therapie en je moet zus [en] >op een-
16 A: [ja]
17 P: → gegeven moment< naar JA:ren lang kwam ik terecht bij dokter
18 → (xx) en die had toen >dus een mri gema'< en die zegt van

19 → je heb hernia;
20 A: hm↑hm↓
21 P: → na zoveel jaar.
22 A: hm↑hm↓

In fragment 4 stellen de arts en de patiënt gezamenlijk vast hoe lastig de klachten zijn van de patiënt (regel 1 t/m 8). Vervolgens herhaalt de patiënt de conclusie van dit ‘overleg’ in regel 9 en indiceert met haar ‘want’ (regel 10) dat ze meer spreekruimte gaat claimen. Ze geeft aan hoelang ze de klachten al heeft (regel 12) en dus hoelang dit medisch traject al loopt. Haar medisch traject gaat ze vervolgens onderbouwen met meer details (regel 13, 15, 17 t/m 19 en 21). De toegevoegde details zijn referenties aan derde partijen waardoor dit fragment verschilt van ‘ondersteunen antwoord door toevoegen details’ zoals Stivers en Heritage (2001) dit beschreven. Ze stelt dat ‘ze’ (regel 13) zeiden dat ze te dik was, vervolgens dat ze naar ‘die therapie’ (regel 15) moest en dat ze ‘na zoveel jaar’ (regel 21) terecht is gekomen bij een dokter die vaststelde dat ze een hernia had (regel 17 t/m 19). Met deze toegevoegde details in de vorm van referenties aan derden zet de patiënt dus haar ‘jarenlange’ (regel 12 en 21) medisch traject uit een.

SOLK-patiënten refereren ook aan een derde partij om hun voorafgaande medisch traject te onderbouwen om daarmee ongewenste herhaling van gebeurtenissen in het verleden te voorkomen. In fragment 5 is een arts (A) in gesprek met een vrouw (P) met onder andere rugklachten. Ze hebben net de uitkomsten van de onderzoeken besproken maar daar kwam geen duidelijke diagnose uit. De patiënt vraagt zich daarom af waar de pijn dan vandaan komt. Het beperkt haar in het dagelijks leven en ze maakt zich daarom zorgen over de toekomst.

Fragment 5 (uit consult 25)

1 P: en ja ik ben benieuwd hoe 'k over tien jaar 'f over vijs jaar
2 drui[t ga] zien van w- z- hoeveel zou ik nog- KAN wel lopen,
3 A: [ja ja]
4 A: dat [is uw-]
5 P: [daar] ben ik bang voor ja;
6 A: da[s ee]n beetje uw beZORGDhei[d;]
7 P: [en eh] [ja] inderdaad want ik kan nu
8 helemaal niks, ik ben afhankelijk van andere?
9 A: ja
10 P: eh GROTE schoonmaak dat kan ik niet want dan heb ik de hele

- 11 dag pijn.
- 12 A: ja ja
- 13 P: → dus eh ik heb ook toen bij dokter (xx) aangekaart dat ik ook
- 14 → met m- NEKhernia heb; maar dat werd niet d- dat hoort=
- 15 A: =ok[e:]
- 16 P: → [DAT HO]ORT ze niet;=
- 17 A: =hm↑hm↓
- 18 P: en op een gegeven moment daar loop ik ook voor therapie voor
- 19 eh voor mn nek enzo-
- 20 A: ja ja

In dit fragment construeren de arts en patiënt gezamenlijk hoe de patiënt zich voelt over haar situatie en toekomst (regel 4 t/m 7). De patiënt kondigt met haar ‘want’ (regel 7) aan dat ze meer spreekruimte gaat claimen om haar antwoord te onderbouwen. De onderbouwing bestaat uit afhankelijkheid van anderen (regel 8) geïllustreerd met een voorbeeld (regel 10 en 11) en haar bezoek aan de dokter (regel 13 en 14). De patiënt refereert in haar onderbouwing aan een derde partij (regel 13 en 14). De referentie is, ten opzichte van eerder onderzoek (Stivers & Heritage, 2001), een nieuwe manier waarop een patiënt details toe kan voegen aan een antwoord. De patiënt uit zich negatief over het gedrag van een eerdere arts (regel 16). Ze had namelijk bij hem (of haar) aangekaart een nekhernia te hebben (regel 13 en 14) maar daar werd niet naar geluisterd (regel 16). Waar in alle eerder besproken functies van referenties aan derde partijen op positieve wijze aan derden gerefereerd wordt, is de functie ter onderbouwing in het ‘uiteenzetten van het voorafgaand medisch traject’ de enige functie waar ook op negatieve wijze aan derden gerefereerd wordt. Er zijn meerdere fragmenten van dit fenomeen te zien in de collectie. Patiënten delen een negatieve ervaring met een eerdere arts wat een omgekeerde vorm van ‘prijzen van een voorganger’ (Maynard, 1998) is. Waar patiënten in het onderzoek van Maynard (1998) vol lof spraken over eerdere artsen om een gedragsvoorkeur uit te spreken, spreken patiënten in een aantal van de hier geanalyseerde consulten, met fragment 5 als voorbeeld, juist over gedrag van eerdere artsen dat *niet* hielp. Gedrag dat de huidige arts daarom juist niet moet volgen. De functie van een referentie aan een derde partij ter onderbouwing lijkt dus als doel te hebben eventuele opties uit te sluiten en eerder gedrag niet te herhalen.

Met de referentie aan derde partijen ter onderbouwing, refereren patiënten dus aan derden om meer details en inzicht te kunnen geven in het voorafgaande medisch traject (Fragment 4) of om aan de arts duidelijk te maken dat herhaling van de historie ongewenst is (Fragment 5).

3.2 Referentie aan derde partij om uiting te voorzien van bron

Bij een referentie aan een derde partij om een uiting te voorzien van een bron komt de kennis die de patiënt deelt, in tegenstelling tot een referentie aan derden ter onderbouwing, niet van de patiënt zelf maar van een derde partij. Een uiting voorzien van een bron door middel van een referentie kan gebruikt worden voor het legitimeren van bezoek en het uitoefenen van druk.

Referentie legitimeert bezoek

SOLK-patiënten refereren aan een derde partij om hun kandidaat-diagnose van een bron te voorzien om zo hun bezoek te legitimeren. Dit zien we in fragment 6, uit een gesprek tussen een arts (A) en een patiënt (P) met fibromyalgie. De patiënt geeft aan nog 'geen rust' gevonden te hebben met deze diagnose en vertelt dat ze daarom nogmaals haar klachten komt bespreken. Dit fragment bevindt zich na het lichamelijk onderzoek. De arts doet voorstellen over vervolgstappen.

Fragment 6 (uit consult 8)

- 1 P: J↑A. ja ALLES aan mijn lichaam zit raar; ((lacht)) ik zit
2 heel goed helemaal raar in elkaar.=
- 3 A: =maar dit is ook typisch een aandoening van rare dingen. >zeg
4 maar<. de symptomen hiervan zijn raar. om ook eerlijk te
5 [zeggen].
- 6 P: [°ja°]
- 7 A: zijn rare: rare symptomen↓ die j' nie' altijd goed [kan duiden]
- 8 P: → [heeft 't]
- 9 → nie' m- mis- misschien met bloedcellen te maken; want mij- ik
10 → heb wel THALassemie↓ dat heeft met witte bloedcellen volgens
11 mij te maken,=
- 12 A: =de rooie
- 13 P: de rooie toch wel?=
14 A: =ja
- 15 P: → en toen had mijn broer die belde me gister en die heeft (1.1)
16 → die had e:h (1.8) >hij had er ook last van< en toen zei die van
17 → nou hij heeft iets- 't heeft iets met lang- onze bloedcellen
18 → zijn langwerpig?=
19 A: =hm↑hm↓=
20 P: =en die hebben dan- (.) die plakken zeg maar aan mekaar in
21 plaats van dat ze de ruimte ge[ven].
22 A: [ja]=
23 P: =die had een naam↑ gegeven maar;

24 A: ja si- sit[a--]
25 P: [>SIKKEL<] silkel ofzo=
26 A: =ja maar u heeft- eh ik weet niet (.) dat is weer wat anders
27 dan een <thalassemie>.=
28 P: ja hij [had >°het over sikkel°<]
29 A: [u heeft] geen u heeft geen sikkel maar
30 misschien een eh een heterozygote maar die geven eigenlijk
31 geen--(2.4)
32 P: → want hij had t over hij: bij hem hebben ze gesekest ge (.)
33 → checkt en dat was dan sikkel ja dat klopt.
34 (0.4)
35 P: → en heeft DAT er misschien mee te maken dat u dan zoie- zulke
36 → symptomen krijgt ofzo of;
37 A: ((schudt nee)) °sikkelcelziekte geeft hele ander- andere
38 problemen°.

In fragment 6 noemt de patiënt de conclusie van haar klachten (regel 1 en 2) en de arts legt haar uit dat dit past bij de diagnose (fybromyalgie) die bij haar gesteld is (regel 3, 4, 5 en 7). De patiënt begint daarop in regel 8 aan een kandidaat-diagnose (Stivers, 2002). Zelf gevonden verklaringen van patiënten hebben vaak dezelfde structuur: eerst noemt de patiënt de klacht, gevolgd door een koppelingsvoorstel met oorzakelijke factor (Gill & Maynard, 2006). De patiënt heeft de conclusie van haar klachten al gepresenteerd (regel 1 en 2) en doet vervolgens zelf in regel 8, 9 en 10 een attributief koppelingsvoorstel (Gill & Maynard, 2006). Ze geeft aan dat haar bloedcellen misschien de oorzakelijke factor zijn (regel 9 en 10) (Gill & Maynard, 2006). Het uiten van het koppelingsvoorstel kan gezien worden als de ‘upshot’ in ‘aftasten door melden omstandigheid’ (Gill et al., 2001). Gill et al. (2001) beschrijven dit als een uiting waarbij de patiënt een omstandigheid rapporteert in de hoop dat de arts hier een medische implicatie aan linkt (‘upshot’). In het huidige fragment presenteert de patiënt echter haar klacht in plaats van een omstandigheid. Ze heeft hier zelf al een medische implicatie (‘upshot’) aan gelinkt in de vorm van een koppelingsvoorstel (Gill & Maynard, 2006) in regel 8, 9 en 10 (nl. bloedcellen en thalassemie). Ze wacht dus niet op de ‘upshot’ van de arts. De patiënt toont voorzichtigheid in haar voorstel door in regel 9 aan te geven niet volledig zeker te zijn over de verklaring met het woord ‘misschien’ (Gill, 1998). Dit biedt ruimte voor de arts om het voorstel te weerleggen of bevestigen ondanks dat de patiënt de ‘upshot’ al heeft gedaan. Een ander verschil ten opzichte van Gill et al. (2001) is dat de medische implicatie (regel 8, 9 en 10) berust blijkt op kennis die de patiënt heeft via haar broer. Ze begint de referentie aan haar broer al in

regel 9 ('want mij-') en vervolgt dit vanaf regel 15 nadat de arts de patiënt heeft verbeterd in wat thalassemie precies is. De patiënt en haar broer hebben dezelfde klachten (regel 16: 'hij had er ook last van') en hetzelfde 'iets' met hun bloedcellen (regel 17 en 18). Dit 'iets' blijkt sikkkelcelziekte te zijn (regel 25). Met deze uiting wordt duidelijk dat de patiënt de kennis die geuit wordt in regel 8 en 9 van haar broer heeft en zet zo het koppelvingsvoorstel (Gill & Maynard, 2006) in de aftast-fase (Gill et al., 2001) kracht bij.

Nadat de arts en de patiënt sikkkelcelziekte en thalassemie bespreken (regel 19 t/m 31), doet de patiënt wederom een koppelvingsvoorstel. In dit geval is er geen sprake van een klachtpresentatie met koppelvingsvoorstel/'upshot' maar van een omstandigheid van de patiënt en haar broer (regel 32 en 33) (Gill et al., 2001) met koppelvingsvoorstel/'upshot' (regel 35 en 36). De 'upshot' is gebaseerd op kennis die de patiënt heeft via haar broer (regel 32 en 33). Hierdoor lijkt dit tweede koppelvingsvoorstel meer op 'aftasten door melden omstandigheid' (Gill et al., 2001) dan het eerdere voorstel maar de 'upshot' verschilt nog steeds. De patiënt doet namelijk wederom zelf de 'upshot' in plaats van de arts. Ook in het tweede voorstel presenteert de patiënt de suggestie met voorzichtigheid (regel 35). De arts krijgt hierdoor de ruimte om de omstandigheid (regel 32 en 33) en de 'upshot' (regel 35 en 36) te beoordelen en doet dit ook door te stellen dat het voorstel van de patiënt ongegrond is (regel 37 en 38).

Het noemen van een derde partij in het koppelvingsvoorstel is niet vreemd. Gill en Maynard (2006) stellen dat er in de door hun besproken structuur door patiënten gerefereerd kan worden aan derden om de verantwoordelijkheid voor de kandidaat-diagnose gedeeltelijk op af te schuiven. Wat verschilt ten opzichte van Gill en Maynard (2006) is dat de patiënt niet refereert aan de derde partij om deze verantwoordelijk te maken, maar aan hem refereert als bron voor de kennis die ze vanaf regel 15 gaat delen en in regel 8 introduceert. Het doen van de suggestie is dus haar eigen verantwoordelijkheid, gestoeld op kennis van een derde partij.

Met de referentie aan een derde partij voorzien patiënten hun kandidaat-diagnoses dus van een bron om hun bezoek te legitimeren. De patiënt blijft echter zelf verantwoordelijk voor de kandidaat-diagnose.

Referentie oefent druk uit

SOLK-patiënten refereren aan een derde partij om behandelingsvoorstellen van een bron te voorzien om zo druk uit te oefenen op de arts. Fragment 7 komt uit een gesprek tussen een arts (A) en een patiënt (P) met voornamelijk rugklachten. Het fragment komt uit het gedeelte van het gesprek waar de eventuele vervolgstappen worden besproken. Omdat uit onderzoek geen

duidelijke diagnose bleek, stelt de arts voor om fysiotherapie te volgen. De patiënt geeft aan dit al te hebben geprobeerd.

Fragment 7 (uit consult 25)

- 1 P: dan heb ik eh speciaal vo' vo' [>fybromyalgie<] dingen heb
2 A: [hm↑hm↓]
3 P: ik gesport •h en ik heb therapie↑ gehad dan °denk `k bij
4 mezelf van nou:° (2.8) `k zei `k heb ook alles geprobeerd.
5 → •pt •hh MAAR i- de buurman van mij heeft ook inderdaad hernia
6 → en die zei van •h dat dingen hielp eh (.) stoten die moet je;
7 A: hm=
8 P: → =met `n soort machin[e] >en dan< ergens op stoten en die
9 A: [ja]
10 P: → hielp wel bij hem, maar hij was allergisch voor die eh (0.3)
11 stickertjes. ((gelach))
12 A: hm↑hm↓=
13 P: =hoe heette dat nou;=
14 A: =°die° pleisters °bedoelt u°=
15 P: =ja die PLEIste[rs] maar `t is een eh >gebruiken ze ook< bij
16 A: [ja]
17 P: zwangere vrouwen;
18 A: °e:h ruggenprik? [of eh]°
19 P: [nee] nee
20 A: (?)
21 P: ja (?).
22 A: °oke° hm↑
23 P: → dat dat wel hielp bij hem;
24 A: ja
25 P: → (1.9) ik denk ja misschien eh,
26 A: heeft u dat met de PIJNspecialist besproken ook?

In fragment 7 beschrijft de patiënt de situatie van haar buurman die dezelfde ('ook', regel 5) klachten heeft en waar een machinebehandeling wel (regel 10) bij hielp (regel 8 en 10). Met de 'wel' suggereert de patiënt een contrast met alle behandelingen die bij haar niet hielpen. Ze herhaalt de gunstige uitkomst van de behandeling van de buurman vervolgens nogmaals (regel 23) nadat de arts en patiënt besproken hebben wat de behandeling omvat. De patiënt tast dus af met een behandelingsvoorstel op basis van de kennis van een derde partij waardoor dit fragment verschilt met 'aftasten door melden omstandigheid' zoals besproken in Gill et al. (2001). De

patiënt doet een behandelingsvoorstel op basis van de kennis die ze heeft van de behandeling van haar buurman en geeft de arts de ruimte om een ‘upshot’ te doen. De arts geeft echter een bevestiging (regel 24) waarop de patiënt zelf aan haar ‘upshot’ begint (regel 25) maar de vraag wordt doorgeschoven naar de pijnspecialist (regel 26). De arts doet dus uiteindelijk geen ‘upshot’. Door in haar voorstel te refereren aan de kennis die ze heeft van de behandeling van de buurman, maakt de patiënt het lastig voor de arts om de behandeling te weerleggen. Ze stelt namelijk dat de buurman dezelfde klachten had en beschrijft zijn casus dus als vergelijkbaar met die van haar. Daarnaast stelt ze dat de behandeling bij de buurman succesvol was waardoor deze bij haar ook succesvol zou moeten zijn. Er wordt dus gerefereerd aan een derde partij om het behandelingsvoorstel te voorzien van een bron waarbij de derde partij in kwestie tevens functioneert als succesverhaal. Beide gecombineerd zetten het behandelingsvoorstel in de aftast-fase (Gill et al., 2001) kracht bij. Op deze manier oefent de patiënt dus druk uit op de arts om in zijn ‘upshot’ (Gill et al., 2001) akkoord te gaan met deze behandeling (Gill, 2005).

SOLK-patiënten refereren ook aan een derde partij om geprefereerd gedrag te voorzien van een bron om zo druk uit te oefenen op de arts. Fragment 8 komt uit een consult waar een arts (A) met een patiënt (P) en haar man (T (tolk)) spreekt over haar menstruatieklachten. Ze heeft steeds enorme pijn waardoor haar dagelijks leven belemmerd wordt. Voor dit fragment is het lichamenlijk onderzoek afgerond en niks gevonden. De arts geeft aan dat er geen behandeling nodig is. De pijn blijft desondanks aanwezig dus de arts heeft voorgesteld iets te doen aan de heftigheid van de menstruatie. De patiënt komt met een voorstel.

Fragment 8 (uit consult 1)

- 1 P: ((praat turks))
2 T: she['s WONDERING whether she can] e:h maybe eh h--
3 P: [((praat turks))]
4 T: •h you see in 'n turkey once in a while she- when she had a
5 very very heavy me- >pai[n< s]he used to once in a while go
6 A: [hm↑hm↓]
7 T: → to the hospital and then they would just give her
8 an injecti[on or] something
9 A: [PAINKILLERS]
10 yes i saw yes.
11 T: → can we do the same in here↑↑ or,
12 A: e:h NO e::hm

De patiënt spreekt over een eerdere behandeling in Turkije. ‘They’ (het zorgpersoneel, regel 7) gaven in Turkije de patiënt ‘gewoon’ (‘just’, regel 7) een injectie waardoor de pijn verminderd werd. De patiënt lijkt hiermee te impliceren dat het zorgpersoneel niet moeilijk deed en ‘gewoon’ de injectie gaf en dat deze hielp. Dit wordt ‘prijzen van een voorganger’ (Maynard, 1998) genoemd waarmee een patiënt vol lof spreekt over het gedrag van een eerdere arts (voorganger) om een voorkeur uit te spreken over hoe de huidige arts zich zou moeten gedragen. Wat verschilt ten opzichte van Maynard (1998) is dat de lof niet direct wordt geuit. Fragment 8 laat zien dat lovend spreken over een eerdere arts ook indirecter gedaan kan worden door te vragen of een eerdere behandeling (nu) ook kan (regel 11). De arts in Turkije dient dus als bron voor de informatie en ervaring die de patiënt heeft over deze behandeling en is tevens een model-referent. Door te refereren aan die eerdere arts stuurt de patiënt aan op eenzelfde gedrag (het geven van een injectie, regel 8) van de huidige arts om zo de injectiebehandeling te forceren (Maynard, 1998).

SOLK-patiënten refereren ook aan een derde partij om een behandelingsalternatief te voorzien van een bron om zo druk uit te oefenen op de arts. Met de referentie aan de derde partij forceert de patiënt niet een behandeling (zoals in fragment 7 en 8), maar biedt met de referentie weerstand tegen de voorgestelde behandeling van de arts. In fragment 9 spreekt een arts (A) met een patiënt (P) en haar zoon (T (tolk)). De patiënt is weduwe, woont alleen, maar heeft zoveel pijn in haar hele lichaam dat ze afhankelijk is geworden van anderen. De arts heeft, aansluitend aan de history-taking fase, een voorstel gedaan om thuiszorg aan te vragen (zie fragment 13) maar de zoon kwam met een alternatief. Nadat er lichamelijk onderzoek is gedaan geeft de patiënt aan de huisarts te gaan bellen om een afspraak af te zeggen. De arts haakt hier op in en stelt nogmaals een ‘thuiszorg’-behandeling voor.

Fragment 9 (uit consult 33)

- 1 T: eh anders bel ik wel dokter (xx) op ((praat turks))
2 A: hm↑hm↓. >en het is misschien ook wel goed om met dokter (xx)
3 gewoon te kijken wat<- als u dan toch belt vraagt wat de
4 mogelijkheden zijn voor thuiszorg. (1.2) dat zou- want dan kunt
5 u dat meteen bespreken °want ik° dat dat v' voor u en uw zus
6 ook we:l (2.8) verstandig is dat--
7 P: °oke dank je wel dokter.°
8 T: ((praat turks))
9 P: ((praat turks))
10 T: → mijn moeder zegt ook eh de burens hebben he- ook↑ thuiszorg en

- 11 → eh de meeste die haken af >ik bedoel ik heb dan eh< niet zo
12 → veel vertrouwen in. hh

De patiënt geeft wederom aan liever niet te kiezen voor thuiszorg (regel 10, 11 en 12) en biedt daarmee actieve weerstand aan het behandelingsvoorstel (Stivers, 2005). Wat verschilt ten opzichte van Stivers (2005), is dat de zoon in zijn weerstand-uiting refereert aan een derde partij. Hij geeft aan niet zo veel vertrouwen te hebben (regel 11 en 12) in de behandeling en zet dit kracht bij door te refereren aan de burens (regel 10 en 11). De burens vormen de bron waar de patiënt en haar zoon hun negatieve mening ten opzichte van de ‘thuiszorg’-behandeling op hebben gebaseerd. De patiënt tast dus af met een behandelingsalternatief (niet kiezen voor thuiszorg) gebaseerd op de ervaringen van een derde partij (burens) waardoor dit fragment verschilt van ‘aftasten door melden omstandigheid’ zoals besproken in Gill et al. (2001). Er wordt dus gerefereerd aan een derde partij om het voorstel de ‘thuiszorg’-behandeling juist *niet* uit te voeren, te voorzien van een bron.

Met de referentie aan een derde partij voorzien patiënten dus, naast kandidaat-diagnoses (fragment 6), ook behandelingsvoorstellen of behandelingsalternatieven van een bron. Met de referentie oefent de patiënt druk uit op de arts om een bepaalde behandeling wel of niet uit te voeren. De referentie aan de derde partij kan als voorbeeld dienen (fragment 8) voor het gedrag van de huidige arts of het voorstel (fragment 7) of alternatief (fragment 9) kracht bijzetten.

3.3 Referentie aan derde partij om verantwoordelijkheid af te schuiven

Bij een referentie aan een derde partij om verantwoordelijkheid af te schuiven, refereert de patiënt niet aan de derde partij om de kennis die de patiënt op eigen verantwoordelijkheid deelt te voorzien van een bron, maar refereert de patiënt aan de derde partij om de verantwoordelijkheid aan toe te schrijven. Het afschuiven van de verantwoordelijkheid van een uiting door middel van een verwijzing naar een derde partij kan gebruikt worden voor het legitimeren van het bezoek en het uitoefenen van druk.

Referentie legitimeert bezoek

SOLK-patiënten refereren aan derde partijen om de verantwoordelijkheid van hun kandidaat-diagnoses af te schuiven om zo hun bezoek te legitimeren. In fragment 10 spreekt de arts (A) met de patiënt (P) en haar man (T (tolk)) over de menstratieklachten van de patiënt. Na de

history-taking fase en het lichamenlijk onderzoek, stelt de arts voor om de pijn weg te nemen door de menstruaties te verminderen. De arts stelt anticonceptie voor.

Fragment 10 (uit consult 1)

1 T: b before ooh- e:h eh f- for one↑ month or so (.) my wife had
2 used eh some contraceptive fill eh pi[l1s],
3 A: [yes]
4 A: yes=
5 T: =and then eh that had eh really heavy side effects on her
6 [before.] so actually we are really (.) worried about eh
7 A: [hm↑hm↓]
8 T: the ou[tcome °of this method°.]
9 A: [what kind of side effects] did she have.
10 T: well one of them was she was having pains in her legs.=
11 A: =hm↑hm↓ hm↑hm↓=
12 T: =and then e:h hh
13 P: ((praat turks))=
14 T: =she sh became sexually numb↓ during that [month bas]ically
15 A: [hm↑hm↓ hm↑hm↓]
16 hm↑hm↓
17 T: → and then ehm also her mother right eh she's thinking that her
18 → the reason why her migraines started==
19 A: = hm↑[hm↓]
20 T: [is] related to using contraceptive pills.
21 A: hm↓=
22 T: =so:
23 A: her mother. not not [for you]
24 T: → [HER MOTHER] thinks that eh her ehm m
25 → migraine started after she started using==
26 A: =hm↑hm↓
27 T: → contraceptive pills so.

De patiënt en haar man uiten hun bezorgdheid ('worried', regel 6) over het gebruik van anticonceptie vanwege de zware bijwerkingen die het in het verleden heeft veroorzaakt (regel 5 en 6). Vervolgens geven ze aan dat de moeder van de patiënt zelfs denkt dat haar migraine is ontstaan door het gebruik van anticonceptie (regel 17 en 18). De patiënt komt dus met een kandidaat-diagnose (Stivers, 2002) inclusief attributief-koppelingsvoorstel (Gill & Maynard, 2006). De klachten (migraine, regel 18) worden expliciet gekoppeld aan de pil (regel 20 en 27). De partner van de patiënt neemt niet zelf de verantwoordelijkheid voor dit koppelingsvoorstel

maar schrijft deze volledig toe aan de moeder van de patiënt (regel 17 en 18). De partner doet dit ook (regel 24, 26 en 27) nadat de arts heeft gevraagd of zij dit zelf dachten of dat de moeder de link had gelegd (regel 23). Door te refereren aan de moeder minimaliseren de patiënt en haar partner dus hun persoonlijke betrokkenheid bij de verklaring (Gill, 1998) en verschuiven ze de verantwoordelijkheid voor het voorstel naar de moeder (Gill & Maynard, 2006). De gedeelde kennis moet blijkbaar niet beschouwd worden als 'alleen van hen' (Heritage, 2009; Heritage & Robinson, 2006).

Naast dat de derde partij via een referentie kan worden aangewezen als verantwoordelijke voor de kandidaat-diagnose, kan deze ook als verantwoordelijke worden aangewezen bij het rechtvaardigen van de medische hulpvraag. In fragment 11 spreekt de arts (A) met een patiënt (P) die aangeeft onduidelijk te praten. Het fragment bevindt zich in de history-taking fase. De arts en de patiënt bespreken de uitslagen van eerder onderzoek en de klachten waar de patiënt mee kampt.

Fragment 11 (uit consult 19)

- 1 A: ja (.) en hoe vaak heeft u dat?
2 >dat u dan< onduidelijk spreekt?
3 (2.3)
4 P: ((schraapt keel))
5 (1.1)
6 P: e::h↑ ja.
7 (2.6)
8 P: BIJNA (.) eh ja
9 ik kan niet eh >zeggen wanneer<.
10 maar (.) vooral↓ a' het winterweer is;
11 A: hm↑hm↓
12 P: of aan 't buiten werk of werkers,
13 A: hm↑hm↓
14 P: dan is dat helemaa- helemaal veranderd.=
15 A: =j:a
16 P: → zelf >als ik naar suriname ben< b' mn moeder↓ (.) in eh april,
17 A: hm↑hm↓
18 P: ik- deze >deze< jaar zellef,
19 A: hm↑hm↓
20 P: → en dan mn zus >of mn moeder< zei ja (.) <waa>rom-
21 → JOUW stem is onduidelijk
22 A: °ah oh oké°;

23 ja
24 P: → ze zei JA ga maar naar de dokter ik zei nee hier kan je niet
25 [(?)]
26 A: [wat] is 'r dan onduidelijk aa:n?

De arts vraagt hoe vaak de patiënt last heeft (regel 1). De patiënt kan hier geen specifiek antwoord op geven (regel 9) maar geeft wel aan dat alles veranderd is (regel 14). Vervolgens geeft hij aan dat zijn moeder ook vond dat hij onduidelijk praat (regel 16, 20 en 21) waarmee hij zijn komst bij de arts probeert te legitimeren. Hij maakt duidelijk dat zijn beslissing om bij de arts te komen niet alleen zijn beslissing was (Heritage, 2009) en schuift hiermee de verantwoordelijkheid deels af op zijn moeder. Vervolgens stelt de patiënt dat zijn moeder ook vond dat hij naar de dokter moest (regel 24) waarmee hij nogmaals expliciet vermeldt dat zijn aanwezigheid een uitkomst is van een proces waarin hij niet de enige beslisser was (Heritage, 2009; Heritage & Robinson, 2006).

Bij een referentie aan een derde partij om verantwoordelijkheid af te schuiven, maken patiënten duidelijk dat hun komst niet een proces is waar alleen zichzelf in betrokken waren (Fragment 11). Daarnaast refereren patiënten aan derden om persoonlijke betrokkenheid bij de kandidaatdiagnose te minimaliseren (Fragment 10).

Referentie oefent druk uit

SOLK-patiënten refereren ook aan een derde partij om de verantwoordelijkheid voor een behandelingsvoorstel af te schuiven om zo een behandeling te forceren. Dit kan een behandeling zijn in de vorm van (verdere) onderzoeken, voorschrijvingen en (door)verwijzingen (Morriss & Gask, 2009). Fragment 12 komt uit een gesprek tussen een arts en een patiënt met maagklachten. De patiënt (P) is al onderzocht in een ander ziekenhuis en komt bij de arts (A) voor een second-opinion. De arts heeft al uitgebreid gesproken over de klachten in de history-taking fase en lichamelijk onderzoek gedaan. Dit fragment komt uit de fase waarin vervolgstappen besproken worden.

Fragment 12 (uit consult 5)

1 A: he↑ dus dat betekent↓ (0.4) dat ik naar de maag ga kijken,
2 P: °hm↑hm↓°
3 A: dat ik eventueel ga kijken naar de functie (0.3) van de
4 slokdarm;
5 P: ja w[ant] dat heeft [die man o--]

6 A: [•pt] [DAT IK GA K]IJKEN NAAR de doorbloEding
7 [van de maag,]
8 P: → [want iemand] heeft tegen mij ook-- want ik ben ook bij een
9 osteopa↑thie geweest he?=
10 A: =[ja]
11 P: [of] bij de osteopaat ik heb zoveel betaald want 't werd niet
12 ver↑goed door 't ziekenfonds.
13 A: ja
14 P: → en die heeft ook wa' tegen mij gezegd; •h ja ze hebben wel in
15 → uw maag en darmen hebben ze allemaal gekeken •h maar ze moeten
16 → ook een keertje naar die FUnctie gaan kijk[en] hoe 's die
17 A: [ja]
18 P: → FUnctie [van] die MAAG en darm lever •h noem maar op[°hoe°--]
19 A: [maar] [als]
20 de osteopaat vindt dat dat moet gebeuren↑↑ dan moet de
21 osteopaat dat zelf doen. he ik kijk zellef--
22 P: → nee maar dat heeft ie tegen mij ge[zegd].
23 A: >[ja] nee dat snap ik,<

In fragment 12 stelt de arts voor om te kijken naar de functie van de slokdarm (regel 3) waar de patiënt op in haakt (regel 5) maar deze uiting vervolgens afbreekt. Nadat de arts aan heeft gegeven ook te willen kijken naar de doorbloeding van de maag (regel 6 en 7), doet de patiënt een tweede poging (regel 8). Ze geeft aan dat haar osteopaat ook heeft gezegd dat er naar de functie gekeken moet worden (regel 14, 15, 16 en 18). Dit is 'citeren van een precedent voor een onderzoek' (Gill, 2005), wat betekent dat de patiënt aan een precedent refereert die het onderzoek in het verleden aangeboden heeft. Door te refereren aan de osteopaat die positief stond tegenover het onderzoek naar de functie van onder andere de maag, darmen en lever (regel 16 en 18), presenteert de patiënt de relevantie van dat onderzoek. Het onderzoek wordt gepresenteerd als een geprefereerde optie, waarmee de druk op deze arts om het onderzoek uit te voeren wordt verhoogd (Gill, 2005). Wat verschilt ten opzichte van Gill (2005) is dat de osteopaat het onderzoek niet heeft aangeboden maar deze heeft geopperd als optie voor 'ze' (regel 14 t/m 16). Een ander verschil ten opzichte van Gill (2005) is dat de patiënt niet refereert aan de eerdere arts als bron maar als verantwoordelijke. De patiënt forceert dus het onderzoek door aan te geven wat een eerdere arts zei en schuift daarmee de verantwoordelijkheid voor het voorstel af op de osteopaat. De osteopaat 'wil' dat er naar de functie gekeken wordt, niet de patiënt. In regel 22 benadrukt de patiënt dit nogmaals door aan te geven dat de osteopaat degene was die 'het' zei. Het gegeven dat een andere arts dit wil, maakt het voorstel moeilijker te

verwerpen dan wanneer een willekeurige leek dit zou voorstellen. Door te refereren aan een derde partij minimaliseert de patiënt haar persoonlijke betrokkenheid bij het voorstel (Gill, 1998). Mogelijk anticipeert de patiënt met het afschuiven van de verantwoordelijkheid op het idee dat de arts niet zomaar in zal stemmen (Gill, 2005).

SOLK-patiënten refereren tot slot ook aan een derde partij om de verantwoordelijkheid voor een behandelingsalternatief af te schuiven om zo weerstand te bieden. In fragment 13 spreekt een arts (A) met een patiënt (P) en haar zoon (T (tolk)). De patiënt is weduwe, woont alleen maar heeft zoveel pijn in haar hele lichaam dat ze afhankelijk is geworden van anderen. Nadat de history-taking fase is afgerond, doet de arts voorstellen voor vervolgstappen.

Fragment 13 (uit consult 33)

- 1 A: eh en (0.4) ik zal even de huisarts moeten m- (0.3) want
2 misschien dat u gewoon gezien de klachten↑↑ dat u wel in
3 aanmerking komt voor thuiszorg;
- 4 T: → •hh >thuiszorg< (.) d' dokter had eh voorgeschreven om haar in
5 → 't ziekenhuis een opname te doen,
- 6 A: ((knikt ja))
- 7 T: voor eh ongeveer voor een week tot- totdat ze: voor zichzelf:
8 bijkomt alleen het ziekenhuis heeft 't >niet geaccepteerd
9 omdat ze< geen koorts had;
- 10 A: (1.9) hm↑hm↓
- 11 T: dus dokter (xx) heeft eh voorgeschreven >tegen mijn moeder had
12 z' gezegd nou dit ziekenhuis wil nie' en mijn moeder had
13 gezegd ja< dan eh wil ik (XX) das het dichtstbijzijnde↑↑ (.)
14 voor een opname↑↑ (.) alleen eh omdat mijn moeder geen koorts
15 had↑ (.) hebben ze 't afgekeurd.
16 (2.8)
- 17 A: hm↑hm↓ [maar--]
- 18 T: → [eh volgens] de huisarts was 't een beste optie om haar
19 → een opname te doen van van minstens een week totdat ze zich-
20 tot zichzelf ko- kwam.

De arts doet een voorstel om thuiszorg aan te vragen (regel 2 en 3). De patiënt geeft echter aan minder positief te zijn over thuiszorg door met een behandelingsalternatief (regel 4 en 5) actief weerstand te bieden (Stivers, 2005). Wat verschilt ten opzichte van Stivers (2005) is dat in het behandelingsalternatief gerefereerd wordt aan een derde partij. Deze derde partij (dokter) heeft

in het verleden een ziekenhuisopname voorgeschreven (regel 4 en 5). Als de arts lijkt te komen met een tegenargument (regel 17) herhaalt de zoon van de patiënt nogmaals dat de huisarts vond dat een ziekenhuisopname de beste optie was (regel 18 en 19). Hij schuift dus de verantwoordelijkheid voor het behandelingsalternatief af op de eerdere arts. De referentie aan de dokter is een variant op 'citeren van een precedent voor een onderzoek' (Gill, 2005) met een behandelingsalternatief in plaats van een onderzoek. De patiënt refereert nu niet aan een voorganger om een onderzoek te forceren (zoals in fragment 10) maar juist om met een behandelingsalternatief actieve weerstand te bieden aan het behandelingsvoorstel van de huidige arts. De patiënt voert zo druk uit op de arts om de behandeling die door de eerdere dokter is voorgesteld aan te bieden in plaats van de behandeling die de huidige arts voorstelt (Gill, 2005).

Patiënten refereren dus aan derden om de verantwoordelijkheid af te schuiven. Zo proberen ze een behandeling in de vorm van een onderzoek te forceren (fragment 12) of om weerstand te bieden aan een behandelingsvoorstel (fragment 13). Door de verantwoordelijkheid af te schuiven naar de derde partij minimaliseren patiënten hun persoonlijke betrokkenheid bij de voorstellen (Gill, 1998).

4 Conclusie

Het doel van het huidig onderzoek was om inzicht te krijgen in de functies die referenties aan derden hebben in tweedelijns SOLK-consulten. Video-opnames van consulten zijn getranscribeerd en geanalyseerd volgens CA. De bevindingen lieten zien dat SOLK-patiënten in tweedelijnsconsulten op bepaalde punten anders hun bezoek legitimeren, druk uitoefenen en hun voorafgaande medisch traject uiteenzetten dan zowel SOLK-patiënten als niet-SOLK patiënten in eerstelijnsconsulten. Referenties aan derden in tweedelijns SOLK-consulten verschilden daarnaast ook van eerder onderzoek. De referenties waren of een variant op bestaande verwijzingen in eerstelijnsconsulten uitgevoerd door zowel SOLK-patiënten als niet-SOLK patiënten, of waren een compleet nieuwe aanvulling op eerder onderzoek.

De referenties aan derden bleken drie functies te hebben. Ze kunnen gebruikt worden ter onderbouwing van een uiting, om uitingen te voorzien van een bron en om derden als verantwoordelijke aan te wijzen. Deze functies bleken niet gebonden aan een specifieke uiting. Zo kan er bijvoorbeeld gerefereerd worden aan derden ter onderbouwing, om ongewenste herhaling van historie te voorkomen maar ook om ernst te benadrukken. Daarnaast kan een

specifieke uiting uitgevoerd worden met verschillende functies van referenties aan derden. Het forceren van een behandeling kan bijvoorbeeld geuit worden door aan een derde partij te refereren om het behandelingsvoorstel van een bron te voorzien maar ook door aan een derde partij te refereren om de verantwoordelijkheid voor het behandelingsvoorstel op af te schuiven. Deze functies worden niet door elkaar gebruikt (d.w.z. het een sluit het ander uit).

Referenties aan derde partijen zijn een signaal van de moeite die patiënten doen om een doel te bereiken (bijv. geruststelling of behandeling) en zijn dus meer dan alleen verwijzingen. Patiënten lijken referenties aan derde partijen te gebruiken om hun positie te verstevigen en de kans om hun doel te bereiken zo te vergroten. Of ze dit doel bereiken is soms te zien aan de reacties van artsen. In fragment 3 (a en b) refereert een patiënt bijvoorbeeld aan familieleden om haar zorgen te uiten. De arts stelt vervolgens het logisch te vinden dat iemand zich zorgen maakt om dingen die in het verleden zijn gebeurd (verlies van familieleden). De patiënt bereikt hier dus haar doel (nl. zorgen worden bevestigd). In fragment 6 stelt een patiënt een kandidaat-diagnose voor op basis van kennis via een derde partij. De arts weerlegt de kandidaat-diagnose waardoor deze patiënt dus niet haar doel bereikt (nl. diagnostisering).

5 Discussie

5.1 *Bespreking bevindingen: verschillen en overeenkomsten met eerdere onderzoeken*

Patiënten refereren aan de derde partij ter ‘onderbouwing’ om de ernst van hun klachten of hun bezorgdheid te benadrukken, de ernst van hun klachten te illustreren, inzicht te geven in het voorafgaande medisch traject of om ongewenste herhaling van de historie te voorkomen. Patiënten benadrukken ernst en uiten bezorgdheid op dezelfde manier als patiënten in eerdere onderzoeken (Dowrick et al., 2004; Dwamena et al., 2009). Verder wordt er ook gerefereerd aan de derde partij om een illustratie van de ernst van de klachten te onderbouwen (bijv. een illustratie van de dagelijkse routines). De referentie aan derden in de illustratie is nieuw ten opzichte van eerder onderzoek naar illustraties in klachtpresentaties (Jefferson, 1988; Tarber et al., 2016). Het refereren aan een derde partij ter onderbouwing komt ook voor om voorafgaande medisch trajecten uiteen te zetten. Patiënten voegen details toe aan hun uiteenzetting in de vorm van referenties aan derde partijen waarmee het huidig onderzoek verschilt van eerder onderzoek naar uitingen in de history-taking fase (Stivers & Heritage, 2001). Volledig nieuw zijn tot slot negatieve referenties aan derde partijen. Deze verwijzingen moeten duidelijk maken aan de arts dat herhaling van de historie ongewenst is. Patiënten spreken over gedrag van eerdere artsen

dat niet hielp. Gedrag dat de huidige arts daarom niet moet volgen. Dit is een omgekeerde vorm van ‘prijzen van een voorganger’ (Maynard, 1998).

Met een referentie aan een derde partij om een uiting te voorzien van een bron, voorzien patiënten niet alleen hun kandidaat-diagnoses van een bron om hun bezoek te legitimeren maar voorzien ze ook hun behandelingsvoorstellen of -alternatieven van een bron om druk uit te oefenen op de arts. Het voorstellen van een kandidaat-diagnose doen de patiënten op grofweg dezelfde manier als patiënten in eerder onderzoek (Gill & Maynard, 2006). Het huidig onderzoek laat echter zien dat patiënten niet alleen kunnen refereren aan een derde partij om de verantwoordelijkheid van hun kandidaat-diagnose op af te schuiven, maar ook om deze te voorzien van een bron. De patiënt behoudt dan zelf de verantwoordelijkheid voor de verklaring wat verschilt met eerder onderzoek (Gill & Maynard, 2006). Verder refereren patiënten aan derden om hun behandelingsvoorstel of -alternatief van een bron te voorzien. Dit kan op twee manieren. Ten eerste kunnen patiënten een voorstel doen door lovend te spreken over een derde partij om zo voorbeeldgedrag (een specifieke behandeling) te presenteren. In de huidige data komt de directe lof waar Maynard (1998) over spreekt juist indirect voor. Patiënten refereren aan een eerdere arts en behandeling zonder hier expliciet tevreden over te zijn. Ten tweede leggen patiënten een behandelingsvoorstel of -alternatief voor door middel van ‘aftasten door melden omstandigheid’ (Gill et al., 2001). Uit de huidige data blijkt dat de toepassing hiervan verschilt van Gill et al. (2001). Ten eerste beschrijven Gill et al. (2001) ‘aftasten door melden omstandigheid’ als een manier waarop patiënten artsen informeren over een omstandigheid in de hoop dat de arts hier een medische implicatie (‘upshot’) aan linkt. Het huidig onderzoek laat echter zien dat de omstandigheid ook vervangen kan worden door een behandelingsvoorstel of -alternatief om, respectievelijk, een behandeling te forceren of weerstand te uiten. Ten tweede stellen Gill et al. (2001) dat patiënten de arts de ruimte geven een ‘upshot’ te doen terwijl de SOLK-patiënten in het huidig onderzoek zelf met een ‘upshot’ komen op basis van kennis van een derde partij.

Met een referentie aan een derde partij om verantwoordelijkheid af te schuiven, minimaliseren patiënten persoonlijke betrokkenheid bij hun komst en bij kandidaat-diagnoses, forceren ze een behandeling en bieden ze weerstand aan een behandelingsvoorstel. Patiënten brengen het minimaliseren van betrokkenheid bij hun komst en bij kandidaat-diagnoses op dezelfde manier onder woorden als patiënten in eerdere onderzoeken (Gill & Maynard, 2006; Heritage, 2009; Heritage & Robinson, 2006). Verder forceren patiënten een behandeling en bieden weerstand aan de hand van ‘citeren van een precedent voor een onderzoek’ (Gill, 2005). Uit de huidige data blijkt dat de toepassing hiervan verschilt van Gill et al. (2001). Ten eerste

kan de referentie aan een derde partij niet alleen slaan op een aanbod van een voorganger, zoals beschreven in Gill (2005), maar ook op een advies of mening van een voorganger. Ten tweede wordt ‘citeren van een precedent voor een onderzoek’ niet alleen toegepast om een behandeling voor te stellen, zoals Gill (2005) dat beschreef, maar ook om weerstand te bieden. De patiënt biedt weerstand door met een behandelingsalternatief te komen en refereert hierbij aan een derde partij waar vervolgens de verantwoordelijkheid naartoe wordt verschoven. De patiënt schuift de verantwoordelijkheid waarschijnlijk af omdat hij/zij ervan uitgaat dat de arts niet zomaar instemt met het voorstel (Gill, 2005).

Ondanks dat patiënten het benadrukken van ernst, het uiten van bezorgdheid en het minimaliseren van betrokkenheid bij hun komst en bij kandidaat-diagnoses, op dezelfde manier onder woorden brengen als patiënten in eerdere onderzoeken naar derde partijen (Dowrick et al., 2004; Dwamena et al., 2009; Gill & Maynard, 2006; Heritage & Robinson, 2006), biedt het huidige onderzoek desondanks nieuwe inzichten in deze uitingen vanwege de nieuwe context. Het huidige onderzoek was namelijk gericht op referenties aan derden in tweedelijnsconsulten terwijl eerdere onderzoeken naar referenties aan derde partijen (Dowrick et al., 2004; Dwamena et al., 2009; Heritage & Robinson, 2006; Morriss & Gask, 2009) gericht waren op referenties aan derden in eerstelijnsconsulten.

Dat patiënten hun bezoek legitimeren (bijv. door uiten zorgen), druk uitoefenen (bijv. door forceren behandeling) en het voorafgaande medisch traject uiteenzetten aan de hand van referenties aan derden, is logisch in de context van SOLK-consulten. Bij SOLK-patiënten is de oorzaak van de klachten onbekend waardoor ze vaak doorverwezen worden naar medisch specialisten (de tweede lijn). De tweedelijnsconsulten zijn voor SOLK-patiënten een gelegenheid om alsnog een diagnose en behandeling te krijgen. Om de kans dat dit lukt te vergoten, refereren patiënten aan derden. Het uitblijven van een oorzaak voor de klachten heeft ook tot gevolg dat artsen vaak psychologische factoren aanwijzen als oorzaak (Wileman et al., 2002). SOLK-patiënten doen daarom moeite hun positie te verstevigen met pogingen om geloofwaardig over te komen en met het legitimeren van hun bezoek (Tarber et al., 2016). Dat patiënten dus aan de hand van referenties aan derden werk verrichten om hun medisch traject te bespreken, hun bezoek te legitimeren en druk uit te oefenen om toch een diagnose of behandeling te krijgen, is niet vreemd maar past juist in de context van tweedelijns SOLK-consulten.

5.2 *Beperkingen van het onderzoek*

Een beperking van het huidige is onderzoek dat de artsen bewust participeerden in een onderzoek met draaiende camera. Ze waren zich ook bewust van het feit dat het onderzoek met trainingsinterventies beoogde de communicatie van artsen naar SOLK-patiënten te verbeteren. Vanwege het bewustzijn van het onderzoeksdoel en de camera, kunnen artsen mogelijk sterker de behoefte hebben gehad de communicatie ‘goed’ en ‘volgens het boekje’ uit te voeren dan bij een regulier SOLK-consult. Daarnaast hadden sommige artsen al een trainingsinterventie gehad voorafgaand aan het consult. Zij waren communicatief dus meer getraind dan de andere artsen en zouden ook daardoor mogelijk het consult meer ‘volgens het boekje’ uitgevoerd kunnen hebben. Artsen gaven de patiënten in de data bijvoorbeeld de ruimte om hun verhaal te delen door hen niet te onderbreken, het verhaal niet af te kappen of door direct te vragen naar hun zorgen (‘Dat is een beetje uw bezorgdheid.’), opvattingen (‘Wat wilt u graag van mij horen, wat verwacht u.’) en reden voor bezoek (‘Kunt u zelf vertellen wat de reden is dat u hier bent.’). Artsen zouden SOLK-patiënten normaal gesproken juist te weinig ruimte geven om de reden van hun komst, zorgen en opvattingen te delen (Olde Hartman et al., 2014). Het feit dat de patiënten in het huidig onderzoek wel de mogelijkheid kregen om hun bezoek te legitimeren, hun zorgen te uiten en zelfs druk uit te oefenen, is dus mogelijk een gevolg van de communicatietraining en/of het bewustzijn van de artsen dat ze participeerden in een onderzoek met camera en hun wil om het daarom ‘goed’ te doen. De gekregen ruimte heeft mogelijk ook de referenties aan derde partijen gefaciliteerd. Deze zijn namelijk onderdeel van het legitimeren van bezoek en het uitoefenen van druk. Kortom, als de consulten geen onderdeel waren geweest van een onderzoek (met camera), hadden SOLK-patiënten mogelijk niet zodanig veel ruimte gekregen om hun opvattingen te delen en daarin te refereren aan derde partijen. De datacollectie is daarom mogelijk niet representatief voor SOLK-consulten in het algemeen en de handelingen die patiënten daarin verrichten. Interpretaties van resultaten van het huidig onderzoek zijn dus mogelijk niet generaliseerbaar. De aanwezigheid van de camera heeft aan de andere kant juist geleid tot de mogelijkheid om de consulten te transcriberen en te analyseren volgens CA. Voordeel van CA is dat interactionele details zichtbaar worden omdat alle conventies worden geanalyseerd. Dit heeft het mogelijk gemaakt om inzicht te krijgen in de betekenis van uitingen.

Een andere beperking van het onderzoek is dat de consulten allemaal intercultureel waren. Hoewel er geen observeerbare oriëntaties op cultuur waren, heeft het interculturele karakter van de consulten wel tot gevolg gehad dat twee consulten volledig in het Engels waren. Voor zowel de arts als patiënt was dit niet hun moedertaal wat mogelijk de communicatie heeft

bemoelijk. Daarnaast waren er in vier consulten tolken aanwezig. Hierdoor kreeg de arts alleen via de tolk te horen wat de patiënt wilde delen. De arts is daardoor afhankelijk geweest van de interpretatie van de tolk wat mogelijk ook tot communicatieproblemen heeft geleid. De data zijn wellicht minder representatief voor algemene SOLK-consulten (zonder cultuurverschillen) omdat cultuur eventueel van invloed is geweest op de communicatie(problemen) tussen de arts en patiënt. Interpretaties van resultaten van het huidig onderzoek zijn dus mogelijk niet generaliseerbaar.

5.3 *Wetenschappelijke relevantie*

Ondanks de beperkingen van het huidig onderzoek, zijn de bevindingen een aanvulling op de huidige kennis over SOLK-consulten. Ten eerste biedt het huidig onderzoek inzicht in tweedelijns SOLK-consulten. Over SOLK-patiënten in tweedelijnsconsulten was nog weinig bekend. De beschikbare onderzoeken waren voornamelijk gericht op eerstelijnsconsulten (bijv. Dowrick et al., 2004; Dwamena et al., 2009; Heritage & Robinson, 2006; Morriss & Gask, 2009). Zoals eerder aangegeven krijgen patiënten juist in tweedelijnsconsulten de gelegenheid om alsnog een diagnose en behandeling te krijgen. Het huidig onderzoek laat het werk zien dat patiënten verrichten om dit voor elkaar te krijgen. Tweedelijnsconsulten bieden dus meer inzicht in het werk dat patiënten moeten verrichten dan eerstelijnsconsulten. De inzichten van het huidig onderzoek naar tweedelijns SOLK-consulten maken het vervolgens mogelijk het ‘werk’ van SOLK-patiënten te begrijpen zodat de communicatie van artsen hierop kan worden aangepast. Onderzoek naar tweedelijns SOLK-consulten heeft dus gediend als middel om SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep beter te begrijpen.

Ten tweede biedt het huidig onderzoek inzicht in SOLK-patiënten als patiëntengroep. Er is weinig onderzoek gericht op SOLK-patiënten. De onderzoeken die wel gericht zijn op deze patiëntengroep, zijn vaak niet gebaseerd op CA en voornamelijk geschreven vanuit het perspectief van artsen (Mik-Meyer & Obling, 2012; Olde Hartman, Hassink-Franke, Lucassen, Van Spaendonck, & Van Weel, 2009; Salmon et al., 2008; Shattock et al., 2013). Het huidig onderzoek heeft, door middel van CA, inzicht gegeven in de referenties aan derde partijen vanuit het perspectief van de SOLK-patiënt en belicht hiermee de andere kant. Inzichten vanuit de patiënt maken het mogelijk SOLK-patiënten beter te begrijpen waardoor communicatie van artsen op hen kan worden aangepast. Dit kan consulten met SOLK-patiënten in de toekomst mogelijk minder problematisch maken (Olde Hartman et al., 2012; Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). CA heeft het verder mogelijk gemaakt om inzicht te krijgen in wat er wordt gezegd en hoe dit wordt gezegd. De combinatie van deze twee elementen maakt het mogelijk om

betekenissen te koppelen aan de uitingen die patiënten doen en geeft daarmee een duidelijker beeld van de uitingen van SOLK-patiënten dan onderzoeken die een andere onderzoeksmethode hebben toegepast. Dit duidelijkere beeld maakt het wederom mogelijk om de SOLK-patiënten beter te begrijpen en communicatie aan te passen aan deze patiëntengroep. Ook CA-onderzoek naar SOLK-patiënten heeft dus gediend als middel om SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep beter te begrijpen.

Ten derde heeft het huidig onderzoek inzicht gegeven in de verschillende functies van referenties aan derde partijen. Over referenties aan derden in tweedelijns SOLK-consulten was nog weinig bekend. De beschikbare onderzoeken waren voornamelijk gericht op niet-SOLK patiënten (bijv. Gill, 1998; Gill, 2005; Maynard, 1998). De inzichten van het huidig onderzoek maken het mogelijk te begrijpen hoe SOLK-patiënten hun positie in de consulten verstevigen (nl. met referenties). Dit heeft geleid tot een beter begrip van de betekenis achter de referenties (nl. het doel dat de patiënt met de referentie voor ogen heeft). Onderzoek naar referenties aan derde partijen en diepere betekenis daarvan, heeft dus ook gediend als middel om SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep beter te begrijpen.

5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een aanbeveling is om verder onderzoek te doen naar de rol van SOLK in referenties aan derde partijen om SOLK-patiënten als patiëntengroep (nog) beter te begrijpen. SOLK-patiënten hebben veel te maken met stigmatisering (Tarber et al., 2016) wat tot gevolg heeft dat patiënten pogingen doen om geloofwaardig over te komen. Pogingen die niet-SOLK patiënten naar verwachting minder snel doen omdat er minder snel aan hun klachten getwijfeld wordt. Daarnaast proberen SOLK-patiënten naar verwachting sneller een behandeling of kandidaat-diagnose te forceren dan niet-SOLK patiënten omdat deze niet-SOLK patiënten vaak al een diagnose of behandeling krijgen. SOLK-patiënten hebben dus wellicht eerder referenties aan derde partijen nodig om hun positie in het consult te verstevigen dan niet-SOLK patiënten. Verder onderzoek kan uitwijzen of het refereren aan een derde partij inderdaad verschilt tussen SOLK-patiënten en niet-SOLK patiënten. Dit zou inzicht kunnen bieden in het verschil tussen SOLK-patiënten en niet-SOLK patiënten wat artsen kan helpen SOLK-patiënten beter te begrijpen. Artsen kunnen hun communicatie hierop aanpassen wat de communicatieproblemen waar Olde Hartman et al. (2012) over spraken, kan minimaliseren. Verder onderzoek naar SOLK-patiënten dient dus wederom als middel om SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep (nog) beter te begrijpen.

Een tweede aanbeveling is om onderzoek te doen naar de omgang van artsen met referenties aan derde partijen. Het huidig onderzoek heeft laten zien dat referenties een signaal zijn van een hoger doel dat de patiënt probeert te bereiken (bijv. benadrukken ernst, behandeling of diagnose). Referenties kunnen tevens een signaal zijn dat patiënten zich niet serieus genomen voelen of in de verdediging gezet worden. Begrip van deze referenties aan derde partijen, en het dieperliggende doel of betekenis, maakt het vervolgens voor artsen mogelijk de uitingen van patiënten beter te begrijpen en hun communicatie hierop aan te passen. Verder onderzoek is nodig om vast te stellen hoe artsen hun communicatie moeten aanpassen (voorlopige adviezen zijn gedeeld in paragraaf 5.5). Juiste reactieve communicatie van artsen kan ertoe leiden dat patiënten zich gehoord voelen. Dit leidt mogelijk tot een gedragsverandering van SOLK-patiënten wat hen wellicht minder ‘moeilijk’ (Mik-Meyer & Obling, 2012) en ‘frustrerend’ (Wileman et al., 2002) maakt voor artsen. Onderzoek naar de reactieve communicatie van artsen bij referenties aan derden, dient dus als middel om beter om te gaan met SOLK-patiënten als problematische patiëntengroep.

5.5 Implicatie voor de medische praktijk

Referenties aan derde partijen zijn een indicatie van het werk dat patiënten moeten verrichten in consulten. Dit is mogelijk een teken dat patiënten merken dat hun geloofwaardigheid wordt ondermijnd (Åsbring & Närvänen, 2002) en ze hun best doen om desondanks geloofwaardig over te komen (Tarber et al., 2016) of zichzelf te verdedigen. Dit is iets wat meegenomen kan worden in de training van (toekomstige) artsen. Wanneer artsen referenties aan derde partijen herkennen, moeten ze beseffen dat de patiënt hier meer mee doet dan alleen het noemen van een ander. Op basis van de inzichten van het huidig onderzoek, kan artsen geadviseerd worden de referenties serieus te nemen. De referenties illustreren het werk dat SOLK-patiënten moeten verrichten om hun positie in consulten te verstevigen. Ze proberen bijvoorbeeld een behandeling te krijgen. Het is dus belangrijk dat artsen niet alleen reageren op de derde partij (bijv. ‘Als de arts dat vindt, moet hij het dat zelf doen’), maar de achterliggende behoefte van patiënten snappen. Het advies aan de artsen is daarom om in te gaan op het doel van de patiënt en dus in te gaan op de mogelijkheid van de behandeling en uit te leggen waarom dat wel of niet mogelijk is.

Literatuur

- Åsbring, P., & Närvänen, A. L. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 12(2), 148-160. doi:10.1177/104973230201200202
- Bolden, G. B. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387-419. doi:10.1177/1461445600002004001
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). Realizations of politeness strategies in language. In P. Brown, & S. C. Levinson (Eds.), *Politeness: Some universals in language usage* (pp. 91-227). Cambridge, Verenigd Koninkrijk: Cambridge University Press.
- Dowrick, C. F., Ring, A., Humphris, G. M., & Salmon, P. (2004). Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: A functional typology. *British Journal of General Practice*, 54(500), 165-170. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://bjgp.org/content/bjgp/54/500/165.full.pdf>
- Dwamena, F. C., Lyles, J. S., Frankel, R. M., & Smith, R. C. (2009). In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice*, 10(1), 1-12. doi:10.1186/1471-2296-10-67
- Fink, P., Rosendal, M., & Toft, T. (2002). Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The extended reattribution and management model - an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*, 43(2), 93-131. doi:10.1176/appi.psy.43.2.93
- Gill, V. T. (1998). Doing attributions in medical interaction: Patients' explanations for illness and doctors' responses. *Social Psychology Quarterly*, 61(4), 342-360. doi:10.2307/2787034
- Gill, V. T. (2005). Patient 'demand' for medical interventions: Exerting pressure for an offer in a primary care clinic visit. *Research on Language and Social Interaction*, 38(4), 451-479. doi:10.1207/s15327973rlsi3804_3
- Gill, V. T., Halkowski, T., & Roberts, F. (2001). Accomplishing a request without making one: a single case analysis of a primary care visit. *Text*, 21(1-2), 55-81. doi:10.1515/text.1.21.1-2.55
- Gill, V. T., & Maynard, D. W. (2006). Explaining illness: Patients' proposals and physicians' responses. *Studies in Interactional Sociolinguistics*, 20(12), 115-150. Geraadpleegd op 8 mei 2020, van

https://www.researchgate.net/profile/Douglas_Maynard/publication/265485373_Explaining_illness_Patients'_proposals_and_physicians'_responses/links/582c68f108ae102f0729d2d7.pdf

- Goodwin, C., & Heritage, J. (1990). Conversation analysis. *Annual Review of Anthropology*, 19(1), 283-307. doi:10.1146/annurev.an.19.100190.001435
- Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. In K. L. Fitch, & R. E. Sanders (Eds.), *Handbook of Language and Social Interaction* (pp. 103-148). New Jersey, Verenigde Staten: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heritage, J. (2009). Negotiating the legitimacy of medical problems. In D. E. Brashers, & D. Goldsmith (Eds.), *Communicating to Manage Health and Illness* (pp. 161-178). New York, Verenigde Staten: Routledge.
- Heritage, J., & Clayman, S. (2011). History taking in medicine: Questions and answers. In J. Heritage, & S. Clayman (Eds.), *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions* (pp. 135-153). West Sussex, Verenigd Koninkrijk: John Wiley & Sons.
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. In J. Heritage, & D. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 48-85). Cambridge, Verenigd Koninkrijk: Cambridge University Press.
- Heritage, J., & Sefi, S. (1992). Dilemmas of advice: Aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. In P. Drew, & J. Heritage (Eds.), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings* (pp. 359-417). Cambridge, Verenigd Koninkrijk: Cambridge University Press.
- House, A. (1989). Hypochondriasis and related disorders: Assessment and management of patients referred for a psychiatric opinion. *General Hospital Psychiatry*, 11(3), 156-165. doi:10.1016/0163-8343(89)90035-2
- Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. In T. Van Dijk (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis, Vol. 3: Discourse and Dialogue* (pp.25-34). London, Verenigd Koninkrijk: Academic Press.
- Jefferson, G. (1988). On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation. *Social Problems*, 35(4), 418-441. doi:10.2307/800595
- Koenig, C. J. (2011). Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science and Medicine*, 72(7), 1105-1114. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.010
- Maynard, D. W. (1998). Praising versus blaming the messenger: Moral issues in deliveries of

- good and bad news. *Research on Language and Social Interaction*, 31(3-4), 359-395.
doi:10.1080/08351813.1998.9683597
- McDonald, I. G., Daly, J., Jelinek, V. M., Panetta, F., & Gutman, J. M. (1996). Opening Pandora's box: The unpredictability of reassurance by a normal test result. *British Medical Journal*, 313(7053), 329-332. doi:10.1136/bmj.313.7053.329
- Mik-Meyer, N., & Obling, A. R. (2012). The negotiation of the sick role: General practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Sociology of Health and Illness*, 34(7), 1025-1038. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01448.x
- Morriss, R., & Gask, L. (2009). Assessment and immediate management of patients with medically unexplained symptoms in primary care. *Psychiatry*, 8(5), 179-183. doi:10.1016/j.mppsy.2009.03.008
- Olde Hartman, T. C., Hassink-Franke, L. J., Lucassen, P. L., Van Spaendonck, K. P., & Van Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: A focus group study. *BMC Family Practice*, 10(1), 68-77. doi:10.1186/1471-2296-10-68
- Olde Hartman, T. C., Van Ravesteijn, H., & Lucassen, P. (2012). Onverklaarde lichamelijke klachten. *Huisarts en Wetenschap*, 55(7), 301-305. doi:10.1007/s12445-012-0149-9
- Olde Hartman, T. C., Van Rijswijk, E., Van Dulmen, S., Van Weel-Baumgarten, E., Lucassen, P., & Van Weel, C. (2014). Communicatie met patiënten met chronische SOLK. *Huisarts en Wetenschap*, 57(3), 114-118. doi:10.1007/s12445-014-0061-6
- Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 223-227. doi:10.1177/014107680309600505
- Parsons, T. (1951). *The social system* [EPub]. New York, Verenigde Staten: Free Press.
- Robinson, J. D., & Heritage, J. (2014). Intervening with conversation analysis: The case of medicine. *Research on Language and Social Interaction*, 47(3), 201-218. doi:10.1080/08351813.2014.925658
- Salmon, P., Ring, A., Dowrick, C. F., & Humphris, G. M. (2005). What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized?. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(4), 255-260. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.03.004
- Salmon, P., Ring, A., Humphris, G. M., Davies, J. C., & Dowrick, C. F. (2009). Primary care consultations about medically unexplained symptoms: How do patients indicate what they want?. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 450-456.

doi:10.1007/s11606-008-0898-0

- Salmon, P., Wissow, L., Carroll, J., Ring, A., Humphris, G. M., Davies, J. C., & Dowrick, C. F. (2008). Doctors' attachment style and their inclination to propose somatic interventions for medically unexplained symptoms. *General Hospital Psychiatry, 30*(2), 104-111. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.12.002
- Selting, M., Auer, P., Barden, B., Bergmann, J., Couper-Kuhlen, E., Günthner, S., Meier, M., Quasthoff, U., Schlobinski, P., & Uhmman, S. (1998). Gesprächsanalytisches transkriptionssystem (GAT). *Linguistische Berichte, 91*-122. Geraadpleegd op 24 februari 2020, van <https://www.mediensprache.net/archiv/pubs/4153.pdf>
- Seuren, L. M., & Huiskes, M. (2017). Confirmation or elaboration: What do yes/no declaratives want?. *Research on Language and Social Interaction, 50*(2), 188-205. doi:10.1080/08351813.2017.1301307
- Shattock, L., Williamson, H., Caldwell, K., Anderson, K., & Peters, S. (2013). 'They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms. *Patient Education and Counseling, 91*(2), 249-254. doi:10.1016/j.pec.2012.12.015
- Stivers, T. (2002). 'Symptoms only' and 'Candidate diagnoses': Presenting the problem in pediatric encounters. *Health Communication, 14*(3), 299-338. Geraadpleegd op 18 april 2020, van https://pure.mpg.de/rest/items/item_66740/component/file_66741/content
- Stivers, T. (2005). Parent resistance to physicians' treatment recommendations: One resource for initiating a negotiation of the treatment decision. *Health Communication, 18*(1), 41-74. doi:10.1207/s15327027hc1801_3
- Stivers, T., & Heritage, J. (2001). Breaking the sequential mould: Narrative and other methods of answering 'more than the question' during medical history taking. *Text, 21*(1), 151-185. Geraadpleegd op 12 mei 2020, van https://pure.mpg.de/rest/items/item_66745/component/file_66746/content
- Tarber, C., Frosthalm, L., & Rehfeld, E. (2016). Talking at cross purposes: Negotiation of the sick role with a MUS patient as a real time social process. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 13*(24), 61-88. doi:10.7146/TFSS.v13i24.18843
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Swinkels, J. A., Blankenstein, A. H., Hoedeman, R., & Keuter, E. J. (2011). De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 155*(A1244), 1-4. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van

https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1322317/KlinPsy_Feltz_Nederlandse_Klinische_praktijk_2011.pdf

Van Dieren, Q., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2007). Medically unexplained somatic symptoms are not unexplainable, misunderstood, or vague physical complaints. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 823-834. Geraadpleegd op 23 februari, van https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1322317/KlinPsy_Feltz_Nederlandse_Klinische_praktijk_2011.pdf

Weiland, A. (2015). *Training medical specialists in communication with patients with medically unexplained physical symptoms* (Proefschrift). Geraadpleegd op 1 maart 2020, van <http://download.e-pubs.nl/219/anne.weiland.pdf>

Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: A qualitative study. *Family Practice*, 19(2), 178-182. doi:10.1093/fampra/19.2.178

Appendix

Transcriptconventies (Jefferson, 1985; Selting et al., 1998)*

Overlap en pauzes

- [] Duidt het begin aan van overlap van de spreekbeurten
- = Naadloze aansluiting tussen spreekbeurten; natuurlijk verloop zonder pauze
- (.) Pauze kleiner dan 0,2 seconde
- (1.5) Pauze van anderhalve seconde

Prosodie

- ↑ of ↑↑ Licht of sterk stijgende intonatie **binnen** een woord of uiting
- ↓ of ↓↓ Licht of sterk dalende intonatie **binnen** een woord of uiting
- . Punt geeft een sterk dalende intonatie aan, aan het eind van een uiting
- ; Puntkomma geeft een `middeldalende' intonatie aan, aan het eind van een uiting
- , Komma geeft een `middelstijgende' intonatie aan, aan het eind van een uiting
- ? Vraagteken geeft een sterk stijgende intonatie aan, aan het eind van een uiting

Geluidsproductie

- Ui:tre::kken Dubbele punt geeft aan dat de (mede)klinker langer dan `normaal' wordt aangehouden
- ECHT heel goed Kapitalen geven aan dat woorden of delen daarvan relatief luid worden uitgesproken
- °zacht° Hooggestelde rondjes geven aan dat de tekst ertussen relatief zacht wordt uitgesproken
- afbre- Liggend streepje geeft aan dat de spreker plotseling inhoudt, de productie van een woord abrupt afbreekt (dit is niet noodzakelijkerwijs een onderbreking van de intonatie unit. In dat geval gebruik je --)
- maar ik bedoel- - Twee liggende streepjes geeft aan dat de spreker de intonatie unit niet voltooit. De volgende intonatie unit begint op een volgende regel
- afbreke' Apostrof geeft aan dat een (mede)klinker (hoorbaar) niet wordt uitgesproken

<u>nadruk</u>	Onderstreepte tekst wordt met nadruk uitgesproken
•h •hh •hhh	Hooggestelde punt gevolgd door `h' geeft inademen aan, hoe meer h's hoe langer de duur van de adem is
h hh hhh	Een 'h' geeft uitademen aan, hoe meer h's hoe langer de duur
•pt	Hooggestelde punt gevolgd door `pt' geeft een smakkend geluidje aan zoals wel eens aan het begin van een uiting voorkomt
ech(h)t l(h)ach(h)en	h tussen ronde haken geeft aan dat het woord of de uiting lachend wordt uitgesproken
haha hehe hihi	Syllabisch lachen
((lacht))	Beschrijving van lachen

Spreektempo

>sneller<	Tekst met deze haken erom wordt relatief sneller uitgesproken
<langzamer>	Tekst met deze haken erom wordt relatief langzaam uitgesproken

Transcriptieproblemen

(?)	De spreker zegt iets dat de transcribent niet kan verstaan
(iets)	De transcribent is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst ook inderdaad een juiste weergave van het gezegde is.
((snuift))	Beschrijving van non-verbale proces of andere voor de transcribent `opvallende' verschijnselen ((hoest, kucht, loopt naar de deur, etc.))
(xx)*	Uit eigen beweging gebruikt om persoonlijke gegevens te anonimiseren