

**Faculteit der Letteren**

Master communicatie- en informatiewetenschappen

Academisch jaar 2019 - 2020

02-09-2020

# ***Nou... we kunnen geen verklaring vinden voor uw klachten***

Conversatie-analytisch onderzoek naar diagnosefases in tweedelijnsconsulten bij somatisch onverklaarde lichamelijke klachten

Key words: conversatie-analyse, SOLK, diagnosefases, arts-patiënt communicatie, non-diagnoses

Naam:	Anna Raaijmakers
Scriptie:	Master
Eerste begeleider:	Dr. W. Stommel
Tweede begeleider:	Prof. W. Spooren
Aantal woorden:	7293

## Voorwoord

Met trots presenteer ik deze masterscriptie die de afsluiting van mijn master communicatie- en informatiewetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen vormt. De coronacrisis heeft gezorgd voor uitdagingen tijdens het schrijven van deze scriptie en ik ben dankbaar naar mijn begeleiders dat we deze uitdagingen samen zijn aangegaan.

Ik wil graag dr. A. Weiland bedanken voor het beschikbaar stellen van haar onderzoeksdata voor deze scriptie. Daarnaast wil ik mijn begeleider dr. W. Stommel bedanken voor haar flexibele begeleiding en haar inzichten die mij gedreven hebben tot het schrijven van een betere scriptie. Ook wil ik M. van Braak bedanken voor haar wekelijkse begeleiding, feedback en oneindige beschikbaarheid bij het beantwoorden van mijn vragen. Daarnaast wil ik dr. W. Spooren bedanken voor zijn tijd en geduld. Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor hun steun.

Veel plezier met het lezen van mijn masterscriptie,  
Anna Raaijmakers

## Samenvatting

Soms is na gedegen medisch onderzoek geen verklaring te vinden voor lichamelijke klachten. De patiënt krijgt dan de diagnose SOLK: somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. In eerstelijns geneeskunde komen in 25 – 50% van de consulten symptomen voor die niet verklaard kunnen worden. In maar 2.5% van de gevallen zijn deze symptomen chronisch. Artsen vinden SOLK-consulten lastig en ervaren angst om onderliggende ziekten te missen. Patiënten verwachten juist een diagnose en een behandeling en hebben moeite met het accepteren van een SOLK-diagnose. De diagnose is dus een precair moment in het consult. De volgende onderzoeksvraag wordt gesteld: Hoe worden non-diagnoses gecommuniceerd in SOLK-consulten? Om deze vraag te beantwoorden wordt een conversatie-analyse van de diagnosefases van twintig tweedelijns-SOLK-consulten uitgevoerd. Uit de analyse blijkt dat een aantal aspecten kenmerkend zijn voor deze dataset. Ten eerste gebruiken artsen vaak een discourse marker om de diagnosefase te openen. Dit kan als functie hebben het aankondigen van een lange beurt of het aankondigen van een tegenstelling. Daarnaast gebruiken artsen veel mitigatie met een onzekere of indekkende functie. Ook gaven veel artsen een samenvatting van de klachten of de onderzoeken voor ze de diagnose stelden wat mogelijk een manier is om de diagnose uit te stellen. Als laatste was duidelijk dat patiëntreacties minimaal waren in alle consulten. Dit kan veroorzaakt worden door de hoge informatiedichtheid van de diagnosefases of door het feit dat artsen weinig ruimte gaven voor patiëntreacties. De bevindingen van het huidige onderzoek kunnen gebruikt worden bij het ontwikkelen van opleidingsmethoden voor specialisten.

## Introductie

Het Westerse medische systeem is erop gericht om oorzaken voor symptomen te vinden en deze oorzaak te behandelen, waarop de symptomen verdwijnen (Salmon, 2007). Soms is na gedegen medisch onderzoek geen verklaring te vinden voor lichamelijke klachten (Price, 2012). De patiënt krijgt dan de diagnose SOLK: somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. SOLK-patiënten ondergaan vaak lange trajecten met veel onderzoeken en weinig antwoorden. De kosten van onderzoek bij SOLK-patiënten zijn dus relatief hoog, terwijl meer medisch onderzoek meestal niet tot een diagnose leidt (Burton, McGorm, Richardson, Weller, & Sharpe, 2012).

De definities van SOLK in de literatuur zijn uiteenlopend. In het huidige onderzoek wordt de volgende definitie aangehouden: *“lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart”* (GGZ, 2011). SOLK kunnen zeer uiteenlopend zijn maar veelvoorkomend zijn hoofdpijn, buikpijn, darmklachten en chronische vermoeidheid (Olde Hartman, van Ravesteijn & Lucassen, 2012; Burton, 2003). Factoren die vaak genoemd worden als bijdragers aan SOLK zijn psychische klachten, stress en ingrijpende gebeurtenissen (Price, 2012). Om onverklaarde klachten te beschrijven krijgen patiënten soms een functionele diagnose. Deze beschrijft echter geen oorzaak voor de klachten. Enkele voorbeelden hiervan zijn prikkelbare darmsyndroom, chronische vermoeidheid en fibromyalgie. Deze functionele klachten zijn vaak niet te behandelen (Nimnuan, Hotopf, & Wessely, 2001).

Schattingen over de prevalentie van SOLK lopen uiteen. In eerstelijns geneeskunde komen in 25 – 50% van de consulten symptomen voor die niet verklaard kunnen worden. In maar 2.5% van de gevallen zijn deze symptomen chronisch (Verhaak, Meijer, Visser & Wolters, 2006). In tweedelijns gezondheidszorg wordt bij 30 – 60% van de patiënten geen medische verklaring gevonden (Nimnuan et al., 2001).

SOLK komen dus relatief veel voor. Consulten waarin SOLK een rol speelt worden vaak door zowel arts als patiënt als problematisch ervaren. Artsen zien SOLK-patiënten vaak als lastig (Lynch, McGrady, Nagel & Wahl, 2007) en vinden SOLK-consulten moeilijker dan reguliere consulten (Carson, Stone, Warlow, &

Sharpe, 2004). Ook ervaren artsen angst dat ze onderliggende ziekten missen bij het stellen van SOLK-diagnoses (Goldberg & Bridges, 1987). Aan de andere kant voelen patiënten zich vaak ongehoord en hebben ze het gevoel dat de arts hun klachten niet erkent (Nunes, Ventura, Encarnação, Rosado Pinto, & Santos, 2013).

Ook hebben patiënten vaak de verwachting dat de arts een oorzaak vindt voor hun klachten en dat deze behandeld kunnen worden (Nunes et al., 2013). In de diagnosefase van het consult verwachten patiënten een diagnose, in plaats daarvan krijgen ze een non-diagnose. De arts brengt dus als het ware slecht nieuws. De diagnosefase vormt dus een omslagpunt binnen het arts-patiënt gesprek (Heath, 1992). In het huidige onderzoek wordt door middel van conversatieanalyse van 20 tweedelijnsconsulten de volgende onderzoeksvraag beantwoord: Hoe worden non-diagnoses gecommuniceerd in SOLK-consulten?

## Theoretisch kader

### ***SOLK in het arts-patiënt gesprek***

Artsen gaan in SOLK-consulten op verschillende manieren met de klachten van de patiënten om. Soms wijzen artsen de zorgen en klachten van de patiënten volledig af. Aan de andere kant kunnen artsen klachten ook erkennen en op een effectieve manier de zorgen van de patiënten wegnemen. Sommige artsen erkennen de klachten van de patiënten niet of niet goed, terwijl patiënten de verwachting hebben dat artsen hun klachten legitimeren (Nunes et al., 2013). Ten eerste wijzen artsen soms symptomen af of ze ontkennen het bestaan van de symptomen. Patiënten blijven hierdoor vaak met de klachten zitten en gaan in de toekomst liever niet meer met klachten naar dezelfde arts (Salmon, Peters, & Stanley, 1999). Daarnaast zijn artsen het soms te snel eens met de diagnose die de patiënt zelf voorstelt. Patiënten voelen zich hierdoor niet altijd gehoord en kunnen gaan twijfelen aan de competenties van de arts (Salmon et al., 1999).

Ook wanneer artsen de klachten wel erkennen kan de communicatie ineffectief zijn. Zo schrijven sommige artsen medicatie voor zonder dat ze vervolgonderzoek doen. Ze erkennen dan de symptomen van de patiënten maar nemen niet de angsten weg (Nunes et al., 2013). Dit terwijl SOLK-patiënten juist vaak angst ervaren dat hun klachten een teken zijn van een ernstige ziekte. Ook hebben SOLK-patiënten vaak van tevoren de verwachting dat de arts uitgebreid onderzoek

doet (Nunes et al., 2013). Daarnaast erkennen sommige artsen de klachten wel maar bestempelen deze als 'normaal' zonder daarbij een effectieve uitleg te geven. Dit leidt er bij sommige patiënten toe dat ze zich ongehoord voelen (Nunes et al., 2013) en kan leiden tot meer (onnodige) medische behandelingen (Dowrick, Ring, Humphris, & Salmon, 2004).

Hiernaast zijn er ook effectieve manieren om met SOLK-klachten om te gaan die bij arts en patiënt tot tevredenheid leiden. Zo kunnen artsen ook een effectieve uitleg geven om klachten te normaliseren. Ook kunnen artsen de klachten erkennen en duidelijk uitleggen hoe patiënten met de klachten om kunnen gaan. Dit maakt het makkelijker voor patiënten om de diagnose te accepteren en voorkomt onnodige medische handelingen (Salmon et al., 1999; Dowrick et al., 2004). Het is dus mogelijk maar lastig voor artsen om effectief op SOLK te reageren. Patiënten hebben hoge verwachtingen van een consult. Wanneer artsen niet aan deze verwachtingen voldoen, hebben patiënten vaak moeite met het accepteren van een SOLK-diagnose (Nunes et al., 2013). Patiënten die een diagnose niet accepteren houden een diagnose vaker achter of ontkennen deze in gesprekken met andere medisch specialisten (Collins et al., 2009).

### ***De structuur van het arts-patiënt gesprek***

Gesprekken tussen artsen en patiënten hebben een meer rigide structuur dan niet-medische gesprekken. Artsen worden opgeleid met deze structuur en patiënten hebben vaak verwachtingen over de structuur van zo'n gesprek door eerdere ervaringen (Heritage & Maynard, 2006). Een typisch consult volgt de structuur opgemerkt door Byrne en Long (1976) die de basis legde voor het conversatie-analytisch onderzoek naar arts-patiënt gesprekken: opening, problempresentatie, onderzoek, diagnose, behandeling, sluiting (Byrne & Long, 1976; Heritage & Maynard, 2006). De arts is in de meeste gevallen de initiator van voortgang in de sequentie (Byrne & Long, 1976).

Deze zes fases vormen een analytische basis voor het arts-patiënt gesprek maar consulten kunnen op veel manieren van deze structuur afwijken. Participanten van consulten doorlopen deze structuur niet altijd lineair. Zo kan het bijvoorbeeld gebeuren dat participanten terugkeren naar een fase die al eerder in het gesprek plaatsvond (Ten Have, 1989).

### ***De diagnosefase in SOLK-consulteren***

Er is veel onderzoek gedaan naar reguliere diagnosefases, maar relatief weinig onderzoek naar SOLK-diagnosefases. Volgens de literatuur over reguliere consulten worden diagnoses op drie manieren gecommuniceerd. De standaard diagnosestelling is een *plain assertion* (Peräkylä, 1998). Hierbij presenteren de artsen de diagnose als een simpele, feitelijke stelling zoals in voorbeeld 1.

*Voorbeeld 1: je voet is gebroken*

*Voorbeeld 2: het ziet eruit als een breuk*

*Voorbeeld 3: ik zie hier op de foto een breuk in je voet*

Daarnaast presenteren artsen diagnoses met een impliciete verwijzing naar het bewijs waarop ze de diagnose hebben gebaseerd. Dit gebeurt meestal met woorden van evidentialiteit zoals: *het lijkt erop dat, het klinkt als* zoals in voorbeeld 2. Het gebruik van deze kan echter ook het effect hebben dat de diagnose onzekerder klinkt (Peräkylä, 1998). Ten slotte verwijzen artsen soms direct naar het bewijs voor de diagnose zoals in voorbeeld 3. Dit doen ze door een specifieke observatie te benoemen waarop de diagnose gebaseerd is (Peräkylä, 1998; 2006). Beurten waarin de arts een diagnose of non-diagnose stelt komen in reguliere consulten meestal voor na het lichamenlijk onderzoek of, in vervolggconsulten, in een eerder stadium van het consult nadat de arts testresultaten heeft gepresenteerd (Peräkylä, 1998).

Al het onderzoek tot nu toe was gericht op eerstelijnsconsulten. Er is weinig onderzoek gedaan naar reguliere diagnosefases in de tweedelijjn. Wel is er onderzoek naar slecht nieuws gesprekken in de tweede-lijn. Maynard (2016) stelt dat artsen op drie manieren slecht nieuws brengen. Ten eerste gebruiken artsen soms simpele, botte stellingen. Vergelijkbaar met *plain assertions* (Peräkylä, 1998). Ten tweede kunnen artsen slecht nieuws aankondigen met een vooraankondiging. Bijvoorbeeld: *het is geen goed nieuws + diagnose*. Als laatste stellen sommige artsen het brengen van slecht nieuws uit. Artsen kunnen het slechte nieuws vertragen door eerst nogmaals de onderzoeken te benoemen waarop de diagnose is gebaseerd (Maynard, 2006; 2016).

De reactie van patiënten op diagnosestellingen zijn over het algemeen minimaal (Heath, 1992). Patiëntreacties kunnen opgedeeld worden in drie categorieën: stilte, minimale erkenning, en uitgebreidere reacties (Heath, 1992).

Volgens een onderzoek van Heath (1992) komen stiltes en minimale erkenning het meeste voor in consulten. Dit leidt er vaak toe dat diagnosefases maar uit één of twee zinnen bestaan in een consult, omdat artsen bij een minimale reactie doorgaan naar de behandel fase. Echter bleek in een onderzoek naar Finse eerstelijnsconsulten dat deze drie reactietypen ongeveer evenveel voorkomen (Peräkylä, 2006). Scenario's die een uitgebreidere reactie kunnen uitlokken zijn diagnoses die als onzeker gepresenteerd worden of wanneer de diagnose niet past bij de verwachting van de patiënt (Heath, 1992; Peräkylä, 2002).

### **Onderzoeksvraag**

De diagnosefase is een belangrijk onderdeel van het arts-patiënt gesprek (Heath, 1992; Peräkylä, 1998). Heath (1992) beschrijft het belang van de diagnosefase als volgt:

*“The diagnosis or assessment of the patient’s condition forms a pivotal position within the general-practice consultation. It marks the completion of the practitioner’s practical inquiries into the patient’s complaint and forms the foundation to management of the difficulties. It stands as the “reason” for the consultation and is routinely documented in the medical-record cards”* (Heath, 1992, p.238)

De diagnosefase is dus de reden van het bezoek aan de arts. Omdat bij SOLK-patiënten geen diagnose gesteld kan worden is de diagnosefase een precair moment in het consult. De patiënt heeft de verwachting dat er een diagnose gesteld wordt, en de arts kan niet aan deze verwachting voldoen. De arts moet dus als het ware slecht nieuws brengen.

Het uitblijven van een diagnose is kenmerken voor SOLK gesprekken. In dit onderzoek wordt gekeken naar stellingen van non-diagnoses in SOLK gesprekken. Op welke manier worden deze non-diagnoses gecommuniceerd? Door wie wordt de diagnosefase geïnitieerd? En wat is de reactie van de patiënt daarop? Deze vragen leiden tot de algemene onderzoeksvraag: *Hoe worden non-diagnoses gecommuniceerd in SOLK-consulten?*



## Methode

In het huidige onderzoek wordt gebruik gemaakt van conversatieanalyse om gesprekken tussen artsen en SOLK-patiënten te analyseren.

### *Data*

De gebruikte data bestaan uit een selectie van videoconsulten uit het onderzoek van Weiland et al. (2015). Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch ethische commissie van het Erasmus MC (Weiland et al., 2015). De participerende artsen werd gevraagd gesprekken met SOLK-patiënten op te nemen. Bij deze gesprekken hadden de artsen voor het consult dus al een vermoeden van SOLK, gebaseerd op het dossier. Deze opnames werden door Weiland et al. (2015) gebruikt om de effectiviteit van een SOLK communicatietraining te meten. De huidige selectie bestaat uit consulten uit zowel de pre- en post groepen. De patiënten werd van tevoren om toestemming gevraagd en na het consult kregen ze een uitgebreidere uitleg over het doel van het onderzoek. Patiënten konden zich op elk moment terugtrekken uit het onderzoek.

Voor het huidige onderzoek werden twintig gesprekken geselecteerd uit de originele dataset van Weiland et al. (2015). De gesprekken werden geselecteerd op basis van achternamen van een niet-Nederlandse oorsprong vanwege de oorspronkelijke focus van het onderzoek op interculturaliteit in SOLK-gesprekken. Interculturaliteit bleek in de analyse niet zichtbaar, waardoor besloten is om in het verdere onderzoek het interculturele aspect achterwege te laten maar de geselecteerde data te behouden.

In de uiteindelijke dataset voor het huidige onderzoek werden twintig gesprekken geïnccludeerd die gevoerd werden tussen 19 artsen (57,9% vrouw) en 20 patiënten (80% vrouw). De artsen hadden verschillende specialisaties waaronder neurologie, reumatologie, gynaecologie, dermatologie en gastro-enterologie. Tijdens het analyseren van de gesprekken bleek dat in zeven gesprekken geen duidelijke diagnosefase zat. In vier gesprekken zat geen diagnosefase omdat de arts eerst vervolgonderzoek ging doen en in drie gesprekken was de diagnose al bekend bij de patiënt en lag de focus op het behandelen en accepteren van klachten. Deze consulten zijn niet meegenomen in het verdere onderzoek.

## **Analyse**

De data werden geanalyseerd door middel van conversatieanalyse (CA). Het uitgangspunt van CA is dat data de analyses drijft. CA-onderzoek is een cyclisch proces waarbij observaties van gedetailleerde analyses leiden tot hypothesen over de hele dataset, die weer getest worden aan de hand van andere gedetailleerde fragmenten (Veen & de la Croix, 2017). In de eerste, exploratieve fase van het onderzoek heeft de hoofdonderzoeker alle fragmenten beluisterd en opvallende patronen of fenomenen genoteerd en getranscribeerd. De focus van het onderzoek was in dit stadium nog niet gedefinieerd dus de onderzoeker had veel vrijheid in het vinden van 'opvallende' interacties. Deze fragmenten werden vervolgens besproken in vier data-sessies met ervaren CA-onderzoekers. Uit deze data-sessie bleek dat de meeste opvallende fenomenen plaatsvonden rondom de diagnosefase. De focus van het onderzoek werd dus gelegd op de diagnosefase.

In de volgende fase van het onderzoek werden van alle consulten de diagnosefases getranscribeerd met behulp van de Jefferson transcriptie conventies (zie tabel 1) (Jefferson, 2004). Voor het identificeren van de diagnoses is de definitie van Peräkylä (2006) gebruikt: diagnoses zijn uitspraken waarin de arts voor het eerste de ziekte benoemt, herhalingen van diagnoses of stellingen van kandidaat diagnoses die geuit worden tijdens het onderzoek werden niet meegenomen als zijnde diagnoses (Peräkylä, 2006). Gezien de focus van het huidige onderzoek op SOLK is deze definitie uitgebreid zodat ook non-diagnoses gezien worden als diagnose stellingen. Ook de overgang naar de diagnosefases en de afsluiting hiervan werden meegenomen.

Bij het zorgvuldig beluisteren van alle consulten bleek dat in zeven consulten geen duidelijke diagnosefase aanwezig was. De overige dertien diagnosefases werden één voor één geanalyseerd. Na elke analyse werden hypothesen opgesteld over eventuele patronen of kenmerkende aspecten. Deze hypothesen werden getest aan de hand van nieuwe analyses, tot alle fragmenten geanalyseerd waren en een aantal kenmerkende aspecten overbleven.

De focus van de analyses lag op de volgende aspecten van de diagnosefase: de locatie van de diagnosestelling in de sequentie van het consult, de manier waarop de diagnosefase geopend werd, de initiator van de diagnosefase, de structuur van de diagnosefase en de reactie van patiënten op de diagnose.

Tabel 1. Overzicht transcriptie symbolen

<b>SYMBOOL</b>	<b>BETEKENIS</b>
(X.X)	Pauze van x.x seconde
(.)	Micropauze <.02 seconde
(?)	Onverstaanbaar
↑↓	Stijgende of dalende intonatie in een woord
TEKST	Nadruk en luider
°TEKST°	Zacht uitgesproken
((TEKST))	Non-verbale handelingen
=	Geen pauze tussen woorden
[TEKST]	Overlap tussen sprekers
>TEKST<	Snel uitgesproken
<TEKST>	Langzaam uitgesproken
.	Sterk dalende intonatie
,	Licht dalende intonatie
?	Sterk stijgende intonatie
;	Licht stijgende intonatie
TE-	Afgebroken woord
TE::KST	Uitgerekte klank
•HH	Inademing
<b>TEKST</b>	(Non-)diagnose
A	Arts
P	Patiënt
Z	Zoon van patiënt
M	Man van patiënt

## Resultaten

Aan de hand van conversatie-analyse van alle consulten kwamen een aantal kenmerkende interactionele aspecten naar voren. In deze sectie worden deze kenmerkende elementen besproken aan de hand van voorbeelden. Hierna worden nog een aantal opvallende fragmenten besproken die afwijken op één of meerdere kenmerkende aspecten.

### ***Kenmerkende elementen***

In de onderzochte diagnosefases kwamen vier kenmerkende elementen naar voren:

1) het openen van de diagnosefase met een discourse marker, 2) het samenvatten van de klachten of de onderzoeken, 3) het gebruik van mitigatie in diagnosestellingen, 4) een minimale reactie van patiënten.

Fragment 1 is een fragment met veel van deze kenmerkende elementen. De patiënt in dit consult heeft last van zenuwpijnen, vermoeidheid, en flauwvallen. Het fragment vindt plaats na het lichamelijk onderzoek. Tijdens dit fragment zit de patiënt net buiten het beeld van de camera dus de non-verbale reactie van de patiënt is niet getranscribeerd. De non-diagnose is dat er geen verklaring voor de klachten is gevonden (r. 9).

### ***Fragment 1 – consult 6***

1 ((arts en patiënt komen net terug van lichamelijk onderzoek, patiënt  
2 zit al, arts zet camera aan en gaat zitten))  
3 A: °oké.°((gaat zitten en kijkt patiënt aan)) nou we hebben u net  
4 UITgebreed nagekeken.  
5 P: >hmja.<  
6 A: °>hè.<° om te kijken of die PIJNEN. (.) ((arts wijst naar schouder  
7 en arm)) links. door de zenuwen verKLAARD kunnen worden h↑è?  
8 P: °hmm.°  
9 A: Door de zenuwen of door de hersenen.(.) **dat kunnen we NIET goed.**  
10 beHALVE (.) HEEL misschien in die linker hand. (.) hè? daar heeft  
11 u het MEESTE last van.  
12 P: ja.  
13 A: ZOU dat nog kunnen duiden op een zenuwbeknelling in de pols.  
14 P: °ja.°  
15 A: DAARVOOR kunnen we nog een extra onderzoek doen. (.)  
16 P: oke.

De arts opent de diagnosefase met een discourse marker. Dit fragment begint met de arts en de patiënt die plaatsnemen aan het bureau van de arts nadat er lichamelijk onderzoek heeft plaatsgevonden. *Oké* in regel 3 functioneert als opzichzelfstaande beurt omdat de arts deze zacht uitspreekt terwijl ze naar haar bureau loopt, hierna valt een korte stilte terwijl de arts gaat zitten. De arts doorbreekt deze stilte door de beurt te nemen en opent de diagnosefase met het woord *nou* op de beginpositie. Dit woord functioneert in deze context als een *transition marker* die de volgende stap in de sequentie van het consult aankondigt (Mazeland, 2016). In dit geval is het een overgang van de lichamelijk onderzoeksfase naar de diagnosefase. Het gebruik van *nou* in de eerste positie in een beurt kan ook dienen als een waarschuwing dat wat de arts gaat zeggen niet voldoet aan de verwachting van de patiënt (Mazeland, 2016). *Nou* functioneert ook als een marker om aan te geven dat de arts aan een lange beurt begint. Het gebruik van een discourse marker heeft dus meerdere functies.

De arts benoemt vervolgens nog voor ze de diagnose stelt de onderzoeken die ze heeft gedaan en ze herhaalt de klachten van de patiënt. In regel 3 en 4 benoemt de arts dat ze de patiënt *UITgebred* heeft nagekeken. Het benoemen van dit onderzoek geeft de patiënt context voor de aankomende diagnose, de arts impliceert hiermee dat de diagnose op dit onderzoek is gebaseerd (Drew & Heritage, 1992). Ook benadrukt de arts hier dat het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd. De arts kan zich hiermee indekken voor eventuele negatieve reacties op de non-diagnose. De arts stelt hier echter ook het moment mee uit dat ze de diagnose stelt (Maynard, 2004). De arts herhaalt in regels 6 – 8 de klachten van de patiënt. Door een aantal klachten van de patiënt te benoemen zegt de arts ook dat ze naar de andere klachten niet specifiek heeft gekeken, en daar dus ook geen uitspraken over kan doen. Dus, het benoemen van de onderzoeken en klachten heeft drie functies: het bieden van context voor de aankomende diagnose, het indekken van de arts en het uitstellen van het brengen van de diagnose.

In regel 8 stelt de arts de non-diagnose met mitigerend taalgebruik. De arts doet dit door een kandidaat-diagnose te noemen (r. 7) en deze te weerleggen. Hiermee mitigeert de arts de diagnose enigszins en dekt ze zich in. De arts zegt immers niet dat er helemaal geen verklaring gevonden kan worden. In plaats daarvan

zegt de arts hier dat het niet de voorgestelde kandidaat-diagnose is. Potentiële andere kandidaat-diagnoses laat ze hier buiten beschouwing. De arts mitigeert de stelling verder door te stellen dat een zenuwbeknelling *HEEL misschien* wel een oorzaak kan zijn voor klachten in de linker hand (r. 10 – 11). Deze diagnose wordt dus als onzeker gepresenteerd door de arts en de arts is extreem specifiek over wat ze precies niet kan verklaren.

De patiënt reageert met minimale verbale uitingen op de arts gedurende de diagnosefase. De patiënt geeft bevestigingen van stellingen van de arts in regels 5, 8, 12, en 14. Dit zijn echter geen echte beurtwisselingen maar meer luistertokens van de patiënt tijdens de langere beurt van de arts. Het is niet duidelijk of de patiënt de diagnose echt accepteert, omdat de *ja* in regel 12 ook een bevestiging kan zijn van de stelling van de arts in regel 11. Op de diagnosestelling van de arts in regel 9 komt geen duidelijke reactie van de patiënt, maar de arts biedt hier ook niet veel ruimte voor. De patiëntreactie in de diagnosefase is dus minimaal, wat op een aantal dingen kan duiden. Het kan zijn dat de patiënt tijd nodig heeft om de informatie te verwerken. De patiënt in dit fragment spreekt Nederlands als derde taal en wisselt tijdens het consult tussen Nederlands en Engels. De luistertokens lijken te indiceren dat de patiënt de arts wel begrijpt, maar het kan zijn dat ze tijd nodig heeft de diagnose te verwerken.

Dit fragment bevat dus de volgende kenmerkende aspecten: de arts opent de diagnosefase met een discourse marker, de arts benoemt de onderzoeken die ze heeft uitgevoerd, de arts gebruikt mitigerend taalgebruik bij de diagnosestelling en de reactie van de patiënt is minimaal.

### ***Vervolgconsulten***

In diagnosefasen van vervolgconsulten zijn deze kenmerkende elementen ook te zien. Vervolgconsulten zijn over het algemeen korter dan eerste consulten en de arts is het merendeel van het consult aan het woord met het bespreken van testuitslagen. De patiënt in fragment 2 heeft last van blijvende buikpijn na een hysterectomie. In fragment 2 is te zien dat de arts de diagnosefase initieert na het benoemen van de testuitslagen. Hij doet dit net als in het fragment hierboven door middel van een discourse marker. De arts mitigeert de non-diagnose en de reactie van de patiënt is wederom minimaal.

*Fragment 2 – consult 24*

- 1 A: BLOEDonderzoek laat u:::hm: (.) ook norMALE afw↑ijkingen zien,  
2 GEEN aanwijzing voor een onste:king lever en nierwaardes ook  
3 verder goed. •hh  
4 P: ((knikt langzaam))  
5 A: **dus op DIT MOMENT met deze onderzoeken heb ik geen (.) verklaring**  
6 **(.) VOOR de klachten.**  
7 P: °Oké.°

De arts opent de diagnosefase met een discourse marker na de resultatenfase. Regels 1 t/m 3 vormen in dit fragment nog de resultatenfase. In regel 5 opent de arts de diagnosefase met de inferentiële discourse marker *dus* (Fraser, 1988). *Dus* heeft hier een connectieve functie en verbindt de lange opsomming van resultaten die ervoor kwamen, en de diagnose die erna komt.

De arts mitigeert vervolgens de diagnose voor dat deze gegeven is, door het gebruik van *op DIT MOMENT*. Hiermee sluit de arts niet uit dat hij op een ander moment wel een verklaring zou kunnen hebben. Daarna beschrijft de arts waarop hij zijn diagnose baseert (*deze onderzoeken*, r. 5). Wederom sluit hij niet uit dat hij met andere onderzoeken wel een verklaring had kunnen vinden. Vervolgens geeft de arts de non-diagnose (r.5 – 6). In dit voorbeeld is de arts specifiek in zijn diagnose. Met *geen* sluit hij alle verklaringen uit. Maar dit heeft hij al gemitigeerd met de voorgaande uitspraken. De reactie van de patiënt is zeer minimaal met een zacht uitgesproken *oké* (r. 7). Dit fragment toont dus dat de kenmerkende elementen ook in vervolgconsulten te zien zijn.

***Contextualization cues***

Hoewel veel diagnosefases geopend werden met een discourse marker waren er ook uitzonderingen. In fragment 3 is een consult te zien met een aantal kenmerkende elementen en een aantal uitzonderingen. In dit fragment wordt een functionele diagnose gesteld, dit is een contrast met eerdere fragmenten waar voornamelijk non-diagnoses gesteld werden. Verder is wordt deze diagnosefase op een andere manier aangekondigd en geopend dan we in eerdere voorbeelden zagen. De patiënt heeft last van onder andere gewrichtspijn, maagklachten en vermoeidheid. De patiënt is al bekend met de diagnose fibromyalgie en is onder behandeling bij de pijnpoli. In dit fragment maakt de arts de overgang naar de diagnosefase met een non-verbale handeling en opent hij de diagnosefase met een *contextualization cue*.

*Fragment 3 – consult 8*

1 A: ((arts stopt met typen, leunt met zijn ellebogen op het bureau en  
 2 legt zijn hand op een vel papier wat op het bureau ligt, hij maakt  
 3 oogcontact met de patiënt))  
 4 **fybromyalgie** (.) is een ziekte waarbij je veel pijn  
 5 voelt, (.) zonder dat je (.) in het lichaam afwijkingen kan  
 6 vinden waardoor je de pijn krijgt. (.) <sup>o</sup>e::h dat is  
 7 heel dat is- ja <sup>o</sup> dat is RAAR >dan zou je zeggen< nouja  
 8 st- ik stel me aa:n of of- [(?)mischien beeld ik me in]  
 9 P: [JA. Dat h- dat HEB ik wel  
 10 dat gevoel]  
 11 A: dat is nie- dat is niet 't geva:l.

De arts maakt de overgang van het lichamelijk onderzoek naar de diagnosefase met een non-verbale handeling. Na het lichamelijk onderzoek is de arts een lange tijd bezig met typen op zijn computer. De patiënt heeft dan alweer plaatsgenomen aan het bureau van de arts en probeert meerdere malen een gesprek te starten met de arts maar deze reageert hier nauwelijks op en blijft typen. In regel 1 – 3 is een duidelijke overgang te zien. De arts stopt met typen, leunt naar voren en maakt voor het eerst sinds het lichamelijk onderzoek oogcontact met de patiënt. Dit is een duidelijke afsluiting van de vorige fase (Heath, 2009). De volgende fase opent hij door zijn hand op een vel papier op het bureau te leggen. Het vel papier is een brief van een andere zorgverlener waar in staat dat de patiënt fibromyalgie heeft. De patiënt heeft deze brief zelf meegenomen en eerder in het gesprek hebben ze hier al over gesproken. Door zijn hand op het papier te leggen geeft de arts dus al non-verbaal context aan zijn komende beurt. Met deze handeling geeft hij non-verbaal het onderwerp van de volgende fase aan.

De arts opent hierna de diagnosefase (r. 4) door de diagnose te noemen met de klemtoon op de laatste lettergreep en een stijgende intonatie aan het eind van het woord. Dit is een *contextualization cue* (Gumperz, 1992). De arts geeft dus context aan zijn uiting door middel van prosodie. De stijgende intonatie aan het eind van het woord *fibromyalgie* indiceert dat er nog meer volgt in de beurt van de arts. De arts gebruikt geen inleidende zin maar noemt meteen de diagnose, mogelijk omdat arts en patiënt de diagnose al kennen. Hij mitigeert de diagnose niet maar gaat meteen verder met een uitleg van de ziekte. Mogelijk maakt de arts geen gebruik van mitigerende stellingen omdat de diagnose voor de patiënt niet onverwacht is, en de arts weinig weerstand verwacht.



### **Geen duidelijke diagnosestelling**

Sommige diagnosefases bevatten veel kenmerkende elementen maar wijken op andere manieren af. In fragment x is een diagnosefase te zien die in vergelijking met andere voorbeelden veel langer is en geen duidelijke diagnosestelling bevat. De arts opent deze diagnosefase met een discourse marker. Ook reageert de patiënt minimaal op alle informatie van de arts. Gezien de lengte van het fragment richt ik me in deze analyse op de verschillende diagnosestellingen in het fragment. De patiënt in dit consult heeft pijnklachten en vermoeidheid, en er is tijdens een onderzoek van de huisarts bloed in de urine gevonden. Dit fragment begint na het lichamenlijk onderzoek.

#### **Fragment 4 – consult 26**

1 A: ((zet camera weer aan en gaat zitten))  
2 z:o. nou u heeft me een hoop verteld hè? u:hm. ((arts klopt met een  
3 stapel papieren op haar bureau om ze recht te leggen)) als ik het  
4 >zo hoor< d'r spelen dus een aantal dingen; (.) d'r speelt de  
5 vermoeidheid en die PIJNklachten die u beschrijft. en d'r speelt 't  
6 probleem met 't bloed in de URINE. (.) e:h. ik denk dat de kans het  
7 >grootst is< dat die twee di:ngen (.) los van elkaar staan hè. dat  
8 die geen verBAND met elkaarhebben.  
9 P: ((knikt langzaam))  
10 A: En dat het feit dat de HUISarts die rode bloedcellen in de urine  
11 heeft gevonden ja dat dat (.) min of meer een toevalsbevinding is  
12 hè?=omdat ie (.) onderzoek heeft gedaan bij u naar allerlei dingen  
13 dat=ie=DAT (.) per toeval heeft gevonden. we zien gelukkig in het  
14 bloed dat de (.) nierFUNCTIE goed is °hè°. **dus de NIEREN werken**  
15 **goed.** (.) uhm wat- die rode bloedcellen °hè° die komen SOMS uit de  
16 blaas en urinewegen en SOMS uit die NIEREN. de uroloog heeft niet  
17 kunnen zien dat ze ergens uit de urinewegen komen.=dus **het ZOU**  
18 **kunnen dat ze uit de nieren komen.**  
19 P: ((knikt langzaam))  
20 A: **maar we zien NIET in het bloed dat die nieren daar (.) schade**  
21 **hè dat die schade hebben ondervonden dat die verminderd werken.**  
22 (.) u:hm d'r zijn een aantal heel- GOEDAardige aandoeningen  
23 waarbij d'r af en toe wat bloed in de urine komt en **het ZOU kunnen**  
24 **dat dat bij u speelt.**  
25 P: ((knikt langzaam))  
26 A: daar gaan we nog een keer naar KIJKEN. Nog een keer de URINE  
27 onderzoeken en we gaan nog een keer kijken naar de FUNCTIE van  
28 de nieren in het bloed.

29 P: ja.

De arts geeft in dit fragment veel informatie. De arts herhaalt de klachten en de onderzoeken, en hangt daar verschillende diagnostische stellingen aan. Een echte duidelijke diagnosestelling mist echter. De arts opent de diagnosefase met *zo nou*, die samen functioneren als *transition marker* naar de diagnosefase. Ook geeft de arts hier mee aan dat ze aan een langere beurt gaat beginnen. De arts vat in regels 3 t/m 6 de klachten van de patiënt samen. Ze onderbouwt deze samenvatting met het evidentieel werkwoord *hoor*. Dit maakt het voor de patiënt duidelijk waar de informatie uit de komende samenvatting op gebaseerd is. Vervolgens kondigt de arts de samenvatting aan met de connectieve discourse marker *dus*. Hierna somt de arts de hoofdklachten van de patiënt op. Hierna (r. 6) laat de arts een micropauze vallen na een dalende intonatie aan het eind van de samenvatting, de patiënt heeft op dit moment dus de kans om te reageren. De patiënt doet dit niet en de arts vervolgt haar beurt met een onzekere stelling. In de stelling splitst de arts de zojuist genoemde symptomen op in twee delen. De stelling is onzeker door de mitigerende stellingen *ik denk* en *dat de kans het grootst is*. De arts sluit hier niet aan dat de twee klachten wel verband met elkaar kunnen houden.

In regel 14/15 stelt de arts de eerste diagnose *dus de nieren werken goed*, wat op zich een *plain assertion* is, maar deze diagnose mitigeert ze later in diezelfde beurt. De arts onderbouwt de initiële diagnose in de regel ervoor (r. 13 – 14) wederom met een evidentieel werkwoord (*zien*) en ze noemt daar een specifiek onderzoek dat de diagnose onderbouwt. De arts mitigeert deze diagnose later echter met een aantal stellingen. Ten eerste mitigeert ze de diagnose met *het ZOU kunnen dat ze uit de nieren komen*. Hoewel de arts eerste stelde dat de nieren goed werken zegt ze hier dat het wel zou kunnen dat er bloed uit de nieren in de urine terecht komt. In regel 20/21 geeft de arts een variatie op haar eerste diagnose. Ze stelt dat de nieren geen schade hebben ondervonden onderbouwt dit door het bloedonderzoek te noemen. De arts sluit met deze woorden niet uit dat er schade is maar ze sluit uit dat er schade is die te zien is in het bloed. In regels 23/24 mitigeert de arts de diagnose door te benoemen dat de patiënt een goedaardige aandoening *zou* kunnen hebben. Dit fragment laat zien dat diagnosestellingen in SOLK-consulten niet altijd kort en simpel zijn maar ook uit lange ingewikkelde beurten kunnen bestaan.

### **Terugkeer naar de probleempresentatie**

De reactie van patiënten was tijdens de diagnosefase in bijna alle consulten minimaal. In veel consulten keerden patiënten echter na de behandelfase en voor de afsluiting nog terug naar de probleempresentatiefase. Byrne en Long (1976) zagen dit fenomeen ook in reguliere arts-patiënt gesprekken en omschreven het met “*oh, by the way, doctor...*” (p. 20).

Fragment 4 is hier een voorbeeld van. Dit fragment volgt op fragment 3, regels 12 t/m 32 zijn weggelaten, zie bijlage 1 voor het volledige transcript. In de weggelaten regels beschrijft de arts de symptomen, gevolgen en behandelopties voor fibromyalgie. Dit is een lange beurt van de arts met weinig luistertokens van de patiënt. Aan het eind van de diagnose en behandelfases (die elkaar in dit consult zonder overgang opvolgden) besluit de dat er een foto gemaakt moet worden van de rug van de patiënt.

#### **Fragment 7 – Consult 8**

33 A: en dan bellen we over twee weken even over de uitslag  
 34 van de- van de foto. Is dat goed?  
 35 P: (.) °is prima°  
 36 A: JA?  
 37 P: oké.  
 38 ((arts typt)) (13.8))  
 39 P: maar ik krijg geen kaartje dus? ik ben geen reumapatiënt  
 40 en geen ((lacht))  
 41 A: ik kan u wel daarvoor verwijzen maar ik denk niet dat de  
 42 verzekering dat vergoed. (.) dat denk ik niet ((?))  
 43 P: ja want (.) het is echt. kijk als ik zo BUK ofzo lijkt  
 44 N↑ET alsof alles gewoon in de weg zit en ik KAN ook niet  
 45 BUKKEN.  
 46 A: h↑mm↓h

In dit fragment is een terugkeer naar de probleempresentatie te zien. De arts maakt een afspraak met de patiënt over een foto in regels 33 – 34. Vervolgens gaat de arts weer typen en kijkt hij naar zijn scherm. Een lange pauze volgt waarin de arts typt en de patiënt niks zegt. De patiënt doorbreekt deze stilte terwijl de arts nog aan het typen is in regel 39 met een discourse marker. De discourse marker *maar* kondigt een tegenstelling aan tussen het voorgaande en het aankomende (Fraser, 1988). De

patiënt vraagt vervolgens om een reumakaart, iets waar ze al eerder in het gesprek om gevraagd heeft maar geen duidelijk antwoord op kreeg. Vervolgens stelt ze zelf een kandidaat-non-diagnose met *ik ben geen reumapatiënt*. De patiënt heeft tijdens de problempresentatie ook meerdere kandidaat-diagnoses gegeven. Dat ze dit na de diagnosefase nogmaals doet kan betekenen dat ze het niet eens is met de diagnose van de arts. De arts reageert niet direct op haar vraag en de patiënt zet haar kandidaat-diagnose vervolgens kracht bij door nieuwe klachten te noemen. Dit zijn klachten die nog niet eerder in het consult naar voren zijn gekomen. De patiënt kan door het benoemen van deze klachten de ernst van haar conditie benadrukken of de reden voor haar bezoek opnieuw aangeven (Byrne & Long, 1976).

## Conclusie

In SOLK-context is de diagnose vaak een non-diagnose en dit voldoet niet aan de verwachting van de patiënt. Dit maakt de diagnosefase in SOLK-consulten een precair maar belangrijk moment. In het huidige onderzoek is door middel van conversatie-analyse onderzocht hoe non-diagnoses gesteld worden in SOLK-consulten. Hieruit zijn verschillende interactionele middelen naar voren gekomen die artsen inzetten bij het brengen van zo'n interactioneel gedisprefereerde handeling als het brengen van een non-diagnose.

Ten eerste zien we in de data dat artsen discourse markers gebruiken om diagnosefases te openen. Het gebruik van discourse markers had vaak meerdere functies. Ten eerste functioneren discourse markers in deze context als een overgang tussen twee fases. Hiermee geven artsen aan dat het vorige deel van de sequentie is afgesloten en dat de volgende fase begon. Ten tweede kan een discourse marker een teken zijn voor de patiënt dat de arts aan een relatief lange beurt gaat beginnen. Daarnaast kunnen specifieke discourse markers op de eerste positie in een beurt zoals *nou* ook dienen als waarschuwing voor de luisteraar dat de komende uiting in strijd kan zijn met de verwachtingen van de luisteraar (Mazeland, 2016). In vergelijking, bij reguliere eerstelijnsdiagnosestellingen gebruiken artsen vaak geen discourse marker aan het begin van de beurt omdat diagnosestellingen uit een simpele, korte beurt bestaan (Heath, 1992; Peräkylä, 1998). In de SOLK-gesprekken van het huidige onderzoek bestonden diagnosestellingen vaak uit langere, complexere beurten. Een mogelijke verklaring voor de relatieve complexiteit

van deze beurten is dat non-diagnoses nu eenmaal meer uitleg en meer woorden vergen dan reguliere diagnoses. Zelfs de meest simpele non-diagnose (*u heeft geen griep*) vergt meer woorden dan een vergelijkbare diagnose (*u heeft griep*). Een andere mogelijke verklaring is dat de problematiek in tweedelijnsconsulten complexer is waardoor de diagnosefase ook complexer is. Het gebruik van discourse markers aan het begin van diagnosefases zou dan niet alleen een kenmerk zijn van SOLK-consulten specifiek, maar tweedelijnsconsulten in het algemeen.

Een tweede interactioneel middel dat veel gebruikt werd door artsen is mitigerende en voorzichtige taal. Artsen gebruikten verschillende soorten mitigerend taalgebruik. Ten eerste werden mitigerende woorden zoals *misschien* en *waarschijnlijk* veel gebruikt door artsen bij het stellen van de diagnose. Met deze woorden presenteren artsen hun diagnoses als onzeker (Caffi, 1999; Peräkylä, 1998). Daarnaast voegden artsen vaak indekkende informatie toe aan hun diagnoses. Zo waren sommige artsen extreem specifiek met uitspraken zoals *op dit moment, met deze onderzoeken* maar ook met stellingen zoals *met de uitslag van onderzoek A en B kan ik ziekte x niet vaststellen*. Door specifiek te zijn laten artsen veel mogelijkheden open. Artsen stelden niet dat patiënten niet ziek waren, maar dat ze met de huidige informatie op een specifiek moment één specifieke ziekte konden uitsluiten. Dit is een verschil met de bestaande literatuur. In de onderzoeken van Heath (1992) en Peräkylä (1998; 2016) gebruikten artsen soms mitigatie bij het presenteren van onzekere diagnoses, maar de indekkende uitspraken kwamen in deze onderzoeken bijna niet naar voren. De hoge prevalentie van dit fenomeen in de huidige data kan voortkomen uit angst bij artsen om onderliggende ziektes te missen bij het stellen van SOLK-diagnoses (Goldberg & Bridges, 1987).

Een derde interactioneel middel was het gebruik van samenvattingen van klachten of onderzoeken voor het stellen van de diagnose. In reguliere consulten kan de diagnosefase bestaan uit één zin met een simpele diagnosestelling (Heath, 1992; Peräkylä, 1998; 2016). In het huidige onderzoek gaven artsen vaak voor het stellen van de diagnose een korte samenvatting van ofwel de klachten of de onderzoeken. Mogelijk is dit een manier van het uitstellen van de diagnose, iets wat artsen vaker doen bij het brengen van slecht nieuws (Maynard, 2016; 2004).

De reactie van de patiënt op de diagnose was in bijna alle gevallen minimaal. De artsen gaven in vrijwel alle gesprekken de patiënt ruimte om te reageren door een pauze te laten vallen of door om bevestiging te vragen maar weinig patiënten namen

deze kans. Sommige patiënten reageerde alleen non-verbaal door zacht met hun hoofd te knikken. Anderen uitte zachtjes reacties zoals *ja* of *oké*. Volgens de literatuur leiden onzeker geformuleerde diagnoses vaker tot uitgebreide reacties (Heath, 1992). Dit is echter bij de huidige data niet het geval. Het uitblijven van een uitgebreide patiëntreactie zou er op kunnen wijzen dat patiënten de tijd nodig hebben de diagnose te verwerken. Deze verklaring wordt ondersteund door de hoge prevalentie van secundaire probleempresentatiefases die plaatsvinden na de diagnose- en behandelfases. Ook zou het kunnen dat artsen hun beurten zo inrichten dat er weinig ruimte is voor een uitgebreide patiëntreactie. Dit is een mogelijk gevolg van de complexiteit van diagnosefases in SOLK-gesprekken. Artsen moeten of willen vaak veel informatie delen met de patiënt maar zijn wel gebonden aan tijdslimieten per consult. Hierdoor maken artsen mogelijk onbewust weinig ruimte voor patiëntreacties.

In veel SOLK-consulten vond vlak voor de afsluiting van het gesprek een terugkeer plaats naar de probleempresentatiefase. Deze werd vrijwel altijd geïnitieerd door de patiënt. Sommige patiënten presenteren in deze fase compleet nieuwe symptomen, en andere patiënten benadrukken de ernst van hun eerder genoemde klachten. Dit zou een gevolg kunnen zijn van de paradoxale relatie tussen SOLK-patiënten en specialisten. Wanneer patiënten uitgebreid medisch onderzocht worden kunnen ze sterker gaan geloven dat ze ziek zijn. Als de arts dan geen verklaring kan vinden kunnen patiënten het moeilijk vinden deze diagnose te accepteren omdat ze er inmiddels van overtuigd zijn dat ze ziek zijn. Accepteren zou immers kunnen betekenen dat het 'in hun hoofd zat' (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh & Wessely, 1998). Daarnaast zou de prevalentie van secundaire probleempresentatiefases er op kunnen duiden dat patiënten moeite hebben met het accepteren van de diagnose. Dit is in contrast met de literatuur die aantoonde dat patiënten die het niet eens zijn met een diagnose vaak uitgebreider reageren in de diagnosefase. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat SOLK-consulten complex zijn. Het kan een tijdje duren voor patiënten alle informatie hebben verwerkt.

## Discussie

### *Limitaties*

Een limitatie van het huidige onderzoek is dat de gebruikte data mogelijk verouderd zijn. De consulten zijn bijna tien jaar geleden opgenomen. Het zou kunnen dat er inmiddels belangrijke ontwikkelingen hebben plaatsgevonden in medische opleidingen. Mogelijk worden artsen tegenwoordig beter opgeleid om te communiceren met SOLK-patiënten. Ook hebben er veel ontwikkelingen op het gebied van technologie plaatsgevonden. Zo was in veel consulten te zien dat artsen moesten wachten op het laden van scans en foto's en dat ze veel tijd besteedden aan typen. Nieuwe technieken hebben hier mogelijk verandering in gebracht. Ook kan het zijn dat artsen tegenwoordig anders omgaan met technologie in consulten.

De gebruikte selectiecriteria voor het onderzoek kunnen ook een limitatie zijn. De consulten zijn uit een grotere dataset geselecteerd op basis van niet-Nederlandse achternamen. Een directe consequentie hiervan was dat in veel consulten tolken aanwezig waren of dat gesprekken in het Engels gevoerd werden. Dit was op zich voor de analyse geen probleem maar kan bijgedragen hebben aan de relatieve complexiteit van de diagnosefases.

### *Verder onderzoek*

Het bestaande onderzoek naar diagnosefases in tweedelijsconsulten is voornamelijk gericht op speciale situaties zoals SOLK-diagnoses en slecht-nieuwsgesprekken. Om eventuele vergelijkingen te kunnen maken tussen SOLK-diagnosefases en reguliere tweedelijsdiagnosefases is meer onderzoek nodig naar tweedelijsdiagnosefases in verschillende specialisaties. Dit is een belangrijke basis die van waarde kan zijn in het opleiden van specialisten.

Het huidige onderzoek is een kwalitatieve analyse van een klein aantal SOLK-consulten. Verder kwantitatief onderzoek is nodig om generalisaties te kunnen maken over SOLK-diagnosefases en aan de hand daarvan kunnen trainingen ontwikkeld worden voor artsen. Gezien de hoge prevalentie van SOLK kan goede training van artsen een groot verschil maken voor patiënten en voor medische kosten.

Verder onderzoek kan zich ook nog richten op de reden voor de secundaire problempresentatiefase in SOLK-gesprekken en de relatie met acceptatie van de

A. Raaijmakers

diagnose. Dit kan eventuele implicaties voor zorgkosten hebben. Dit leidt ook tot de volgende aanbeveling. In het huidige onderzoek konden alleen inferenties gemaakt worden aan de hand van de uitspraken en acties van patiënten. De gevoelens en intenties van die patiënten zijn hier uit op te maken. Het zou interessant zijn als er meer onderzoek was naar de acceptatie van SOLK-diagnoses en hoe patiënten deze acceptatie/afwijzing uiten.

### **Relevantie**

Het huidige onderzoek heeft een exploratieve basis gelegd voor verder onderzoek naar tweedelijnsdiagnosefases in SOLK-consulten. Tot nu toe is er weinig onderzoek gedaan naar dit onderwerp. De meeste literatuur over SOLK en over diagnosefases richt zich op de eerstelijns. Met het huidige onderzoek kunnen stappen gemaakt worden in het ontwikkelen van opleidingsmateriaal voor specialisten.



## Referenties

- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice*, 53, 233 – 241
- Burton, C., McGorm, K., Richardson, G., Weller, D., & Sharpe, M. (2012). Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: A cost of illness study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 242 – 247
- Byrne, P. S., & Long, B. E. L. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. Londen, VK: Her Majesty's Stationary Office.
- Caffi, C. (1999). On mitigation. *Journal of Pragmatics*, 31, 881 – 909
- Carson, A. J., Stone, J., Warlow, C., & Sharpe, M. (2004). Patients whom neurologists find difficult to help. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75, 1776 – 1778, doi: 10.1136/jnnp.2003.03216
- Collins, J., Farrall, E., Turnbull, D. A., Hetzel, D. J., Holtmann, G., & Andrews, J. M. (2009). Do we know what patients want? The doctor-patient communication gap in functional gastrointestinal disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 7 (11), 1252 – 125
- 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, 165 – 170
- Fraser, B. (1988). Types of English discourse markers. *Acta Linguistica Hungarica*, 38(1), 19 – 33
- GGZ multidisciplinaire richtlijnontwikkeling & Trimbos instituut (2011). *MDR SOLK en somatome stoornissen* (versie 1.0). Geraadpleegd van: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)
- Goldberg, D. P. & Bridges, K. (1987). Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (2), 137 – 144
- Gumperz, J. J. (1992) Contextualization and understanding. In: Duranti, A. & Goodwin, C. (Eds.) *Rethinking Context: Language as an interactive phenomenon* (pp. 229 – 252). Cambridge, VK: Cambridge University Press.

- Heath, C. C. (2009). The consultation's end: The coordination of speech and body movement. *International Journal of Sociology of Language*, 51, 27 – 42, <https://doi.org/10.1515/ijsl.1985.51.27>
- Heath, C.C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In Drew, P. & Heritage, J. (Eds.). *Talk at work: Interaction in institutional settings*, (pp. 235 – 267). Cambridge, VK: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In Heritage, J., & Maynard, D. W. (Eds.) *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (pp. 1 – 21) Cambridge, VK: Cambridge University Press.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In: Lerner, G. H. (Ed.) *Conversation Analysis: Studies From the First Generation*. (pp. 13 – 31) Amsterdam, Nederland: John Benjamins.
- Kouyanou, K., Pither, C. E., Rabe-Hesketh, S., & Wessely, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76(3), 417 – 426
- Maynard, D. W. (2004). On predicating a diagnosis as an attribute of a person. *Discourse studies*, 6(1), 53 – 76, doi: 10.1177/1461445604039439
- Maynard, D. W. (2016). Delivering bad news in emergency care medicine. *Acute Medicine & Surgery*, 4(3), 3 – 11, 10.1002/ams2.210
- Mazeland, H. (2016). The positionally sensitive workings of the Dutch particle *nou*. In: Auer, P. & Maschler, Y. (Eds.) *A Family of Discourse Markers Across the Language of Europe and Beyond* (pp. 377 – 408). Berlijn, Duitsland: Walter de Gruyter.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361 – 367
- Nunes, J., Ventura, T., Encarnação, R., Rosado Pinto, P., & Santos, I. (2013). What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Mental Health in Family Medicine*, 10(2), 67 – 79

- Olde Hartman, T. C., van Ravesteijn, H., & Lucassen, P. (2012). Onverklaarde lichamelijke klachten. *Huisarts en wetenschap*, 55, 301 – 305
- Peräkylä, A. (1998). Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly*, 61(4), 301 – 320
- Peräkylä, A. (2002). Agency and authority: Extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. *Research on Language and Social Interaction*, 35(2), 219 – 247
- Peräkylä, A. (2006). Communicating and responding to diagnosis. In Heritage, J., & Maynard, D. W. (Eds.) *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (pp. 215 – 247). Cambridge, VK: Cambridge University Press.
- Price, J. R. (2012). Medically unexplained physical symptoms. *Medicine*, 40(12), 644 – 646
- Salmon, P. (2007). Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: The need for a curriculum of medical explanation. *Patient Education and Counseling*, 67, 246 – 254
- Salmon, P., Peters, S., & Stanley, I. (1999). Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*, 318, 372 – 376
- Ten Have, P. (1989). The consultation as a genre. In: Torode, B. (Ed.) *Text and talk as social practice: discourse difference and division in speech and writing* (pp. 115 – 135). Dordrecht, Nederland: Foris Publications Holland.
- Veen, M., & de la Croix, A. (2017). The swamplands of reflection : using conversation analysis to reveal the architecture of group reflection sessions. *Medical Education*, 51, 324 – 336
- Verhaak, P. F. M., Meijer, S. A., Visser, A. P. & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23 (4), 414 – 420, doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cml016>
- Weiland, A., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L. C. M., Van der Molen, H. T., Jacobs, M. E., Abels, D. C., Köse, N., Van Dulmen, S., Vernhout, R. M., & Arends, L. R. (2015). Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms: A randomized, controlled trial. *PLoS One*, 10(9), doi: 10.1371/journal.pone.0138342

**Bijlage 1. Transcript consult 8**

1 A: ((arts stopt met typen, leunt met zijn ellebogen op het bureau en  
2 legt zijn hand op een vel papier wat op het bureau ligt, hij maakt  
3 oogcontact met de patiënt))  
4 **fybromyalG↑IE** (.) is een ziekte waarbij je veel pijn  
5 voelt, (.) zonder dat je (.) in het lichaam afwijkingen kan  
6 vinden waardoor je de pijn krijgt. (.) °e:::h dat is  
7 heel dat is- ja° dat is RAAR >dan zou je zeggen< nouja  
8 st- ik stel me aa:n of of- [(?)mischien beeld ik me in]  
9 P: [JA. Dat h- dat HEB ik wel  
10 dat gevoel]  
11 A: dat is nie- dat is niet 't geva:l.  
12 wa- wat je hebt is dat (.) e:h (1.4) is dat je lichaam meer pijn  
13 voelt dan d'r is.=hoe dat komt dat weten we niet helemaal.=vaak  
14 zie 't wel bij mensen die iets hebben mee:gemaakt=die ziek zijn  
15 geweest of FAMILIE die ziek zijn geweest=die (.) bepaalde  
16 karakters hebben- d- die hebben meer kansdie- die hebben meer  
17 kans o- om dat probleemte KRIJGEN. (.) •h wat 't IS ja dat  
18 >>weten we niet we kunnen het goed uitzoeken we kunnen het niet  
19 vinden=maar mensen hebben d'r wel<< LAST van. Hinder op 't we:rk  
20 hinder in 't [sociaal] functione:ren.  
21 P: [ja:.]  
22 A: •h MOE::: een hele hoop van die e:h van die andere problemen d'r  
23 ook bij; (.) e:h •pt (1.4) omdat je niet iet=lichamelijks kan  
24 vindenkan je niet zeggen van hier nou hier is een pilletje (.)  
25 of hier is DIT. of hier is DAT. dan gaat het over. wat je moet  
26 doen is je moet leren omgaan met- met- met het probleem. (.) e:::n  
27 daar heb je soms wat HULPbij nodig; e:h dus daarvoor moet je naar  
28 de reumaconsulent. Die zal je verwijzen naar (.) revalidatie. ik  
29 DENK dat dat wel vergoed wordt door jouw verzekering ook. •h e:n 3  
30 het andere is is dat omdat die rugzo e:h nu zo'n beetje meer pijn  
31 doet dan de rest, zal ik nog een foto maken van de onderrug om  
32 te kijken of er of er wat te zien is. j:a?  
33 A: en dan bellen we over twee weken even over de uitslag  
34 van de- van de foto. Is dat goed?  
35 P: (.) °is prima°  
36 A: JA?  
37 P: oké.  
38 ((arts typt)) (13.8))  
39 P: maar ik krijg geen kaartje dus? ik ben geen reumapatiënt  
40 en geen ((lacht))

## A. Raaijmakers

- 41 A: ik kan u wel daarvoor verwijzen maar ik denk niet dat de  
42 verzekering dat vergoed. (.) dat denk ik niet ((?))  
43 P: ja want (.) het is echt. kijk als ik zo BUK ofzo lijkt  
44 N↑ET alsof alles gewoon in de weg zit en ik KAN ook niet  
45 BUKKEN.  
46 A: h↑mm↓h