

Taalgebruik tijdens het SOLK-consult

Inge Stortenbeker, Tim olde Hartman

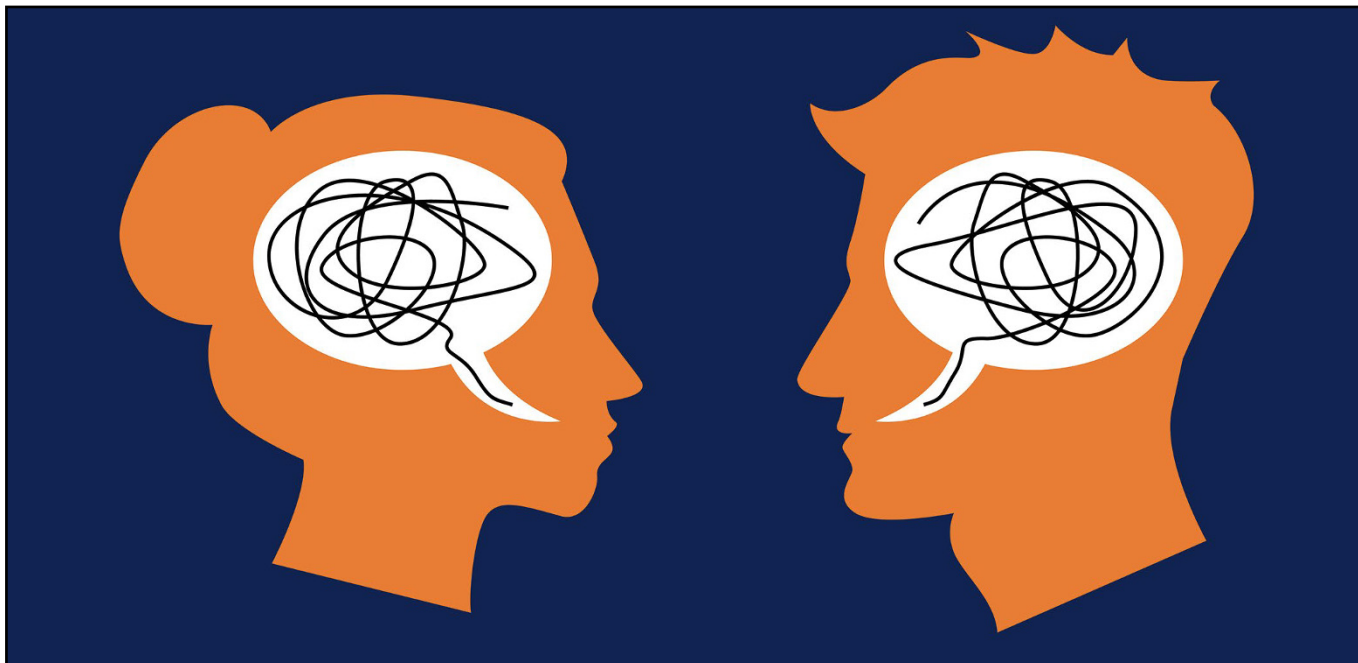
‘Ik zie geen afwijkingen.’ Een gangbare conclusie na lichamelijk onderzoek bij patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Diezelfde boodschap kun je ook op een andere manier brengen, bijvoorbeeld: ‘Het ziet er netjes uit.’ Heeft dat invloed op hoe patiënten zich voelen? En met welke taal formuleren deze patiënten hun klachten? Taalgebruik blijkt een flinke invloed te hebben op de manier waarop patiënten op een consult over SOLK reageren.

Veel patiënten ervaren klachten zonder directe medische verklaring. Vaak gaan die klachten na verloop van tijd vanzelf over. Bij 3 tot 11% van de patiënten houden die somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) echter aan.^{1,2} Huisartsen ervaren geregeld communicatieproblemen bij patiënten met SOLK, bijvoorbeeld bij de psychosociale exploratie, in de structurering van het gesprek en met persoonsgerichte communicatie. Op hun beurt voelen deze patiënten zich dikwijls onbegrepen.^{3,4} Intuïtief erkennen zorgverleners dat taalgebruik van belang is tijdens het consult. We weten ook dat

positieve communicatie een directe impact heeft op pijn of herstel.^{5,6} Welke invloed heeft taalgebruik eigenlijk op het verloop van een consult over SOLK en het welbevinden van de patiënt? Het taalgebruik waarmee huisartsen en patiënten met SOLK communiceren is nauwelijks onderzocht.^{7,8} Daarom analyseerden we het taalgebruik in 82 huisartsconsulten over SOLK.

TAAL BEÏNVLOEDT HET VERLOOP VAN EEN CONSULT

De taal die huisartsen tijdens het consult gebruiken, beïnvloedt het angstniveau van patiënten na het consult. Subtiele variaties in de formulering van een boodschap blijken een directe invloed te hebben op het consultverloop én op hoe patiënten zich na het consult voelen. Na een kwantitatieve analyse van 2590 uitingen van huisartsen zagen we dat ze bij patiënten met SOLK vaker negatieve taal gebruiken, zoals ‘het ziet er niet slecht uit’ in plaats van ‘het ziet er goed uit’. Positieve taal is gerelateerd aan een lager angstniveau van patiënten na het consult, en daarom hebben patiënten met SOLK en ook andere type klachten baat bij positief taalgebruik.⁹ Het helpt om bevindingen tijdens het lichamelijk onderzoek positief te



‘Typische SOLK-taal’ bestaat niet, maar is gebaseerd op vooroordelen over patiënten.

Illustratie: Shutterstock

KADER: TERMINOLOGIE

In deze beschouwing gebruiken we de term 'SOLK'. Tijdens de gegevensverzameling is aan huisartsen gevraagd of zij dachten dat de patiënt SOLK had of niet, destijds de terminologie die in bestaande richtlijnen werd gebruikt.^{17,18} In 2021 is de terminologie aangepast naar 'aanhoudende lichamelijke klachten' [ALK], wat gepaard is gegaan met een andere opvatting over wat dit type klachten behelst. Niet de oorzaak, maar de gevolgen van de klachten vormen voor ALK de kern. Zie Van SOLK naar ALK [nalk.info] voor een uitgebreide toelichting. In deze beschouwing gebruiken we de term SOLK om recht te doen aan de categorisatie zoals gebruikt ten tijde van de gegevensverzameling.

formuleren. Zeg daarom liever 'Uw longen klinken schoon', dan 'Ik hoor geen gekke dingen'.

Wanneer tijdens het consult mogelijke psychosociale oorzaken van SOLK aan de orde komen, kan dat spanning oproepen. Sommige patiënten brengen deze zelf ter tafel, terwijl andere weerstand hebben tegen een dergelijke verklaring. De taal waarmee huisartsen mogelijke psychosociale oorzaken introduceren, blijkt het verloop van het consult direct te beïnvloeden. Zo kwam uit onze kwalitatieve conversatieanalyse naar voren dat huisartsen psychosociale oorzaken op 2 manieren introduceren: ze omschrijven de mogelijke oorzaak als vraag (bijvoorbeeld: 'Kan het zijn dat als je dat zo te horen krijgt, dat dat ook een weerslag op je lijf heeft of niet?'), of ze leggen de relatie uit aan patiënten (bijvoorbeeld: 'Het vervelende is dat op het moment dat je je zorgen maakt over een lichaamsdeel, ga je vanzelf dat lichaamsdeel beter waarnemen'). Een vraag maakt het antwoord van patiënten relevant en geeft ze de ruimte om hun ideeën te delen. Bij een uitleg lijkt wat ze er zelf over denken veel minder relevant. Ze reageren dan vaak niet, ook wanneer huisartsen na de uitleg een stilte inbouwen. Of patiënten krijgen simpelweg niet de gelegenheid om te reageren omdat huisartsen na hun uitleg meteen verdergaan. Een vraag naar de psychosociale achtergronden creëert dus ruimte voor de ideeën of opvattingen van patiënten, terwijl dat nauwelijks het geval is bij een uitleg over de relatie met psychosociale achtergronden.

Een dergelijk subtiel onderscheid tussen vraag en uitleg kan belangrijke gevolgen hebben voor het consult. Zo blijft weerstand na een uitleg over de relatie met psychosociale achtergronden vaker impliciet, en reageren patiënten minder uitgebreid op mogelijke oorzaken. Door patiënten te vragen naar mogelijke oorzaken ('Denk je dat er een relatie is tussen jouw klachten en de stress die je hebt ervaren?') in plaats van deze aan hen uit te leggen ('We weten uit onderzoek dat de emotionele problematiek een duidelijke invloed heeft'), nodigt u hen uit om hun ideeën te delen en in een dialoog tot een acceptabele uitleg te komen.

TAAL HELPT KLACHTEN BETER TE BEGRIJPEN

De literatuur over SOLK schetst een beeld van mogelijke communicatieproblemen die huisartsen en patiënten tijdens het consult ervaren. Zo voelen beiden zich soms machteloos, hebben patiënten niet altijd het gevoel dat hun arts de klachtervaring erkent en kan er bij hen weerstand bestaan.^{4,10,11} Maar wat gebeurt er nu eigenlijk tijdens die gesprekken? We voerden een systematisch reviewonderzoek uit naar eerder onderzoek (in totaal 18) over taalgebruik bij SOLK-consulten.¹² Een analyse van taalgebruik geeft inzicht in wat er precies tijdens een consult gebeurt en waarom dat gebeurt. We illustreren dit aan de hand van 2 voorbeelden.

Klachten zijn legitiem

Het is belangrijk om klachten te erkennen. Huisartsen en patiënten laten dit tijdens het gesprek zien: ze verrichten zogenaamd interactioneel werk tijdens de klachtpresentatie om de klachtervaring te legitimeren. Aanvullend interactioneel werk houdt bijvoorbeeld in dat huisartsen expliciet benadrukken dat het goed is dat de patiënt een afspraak heeft gemaakt (in plaats van daar geen aandacht aan te besteden). Ook patiënten gebruiken taal die benadrukt dat hun bezoek legitiem is. Ze kunnen dit doen door de ernst van de klachten te benadrukken met geïntensiveerd taalgebruik, zoals 'een *ondraaglijke* pijn' of 'ik voel me *heel erg* ziek'. Het lijkt er misschien op dat de patiënt overdrijft, maar dergelijk intens taalgebruik maakt in elk geval wel duidelijk dat de patiënt niet voor een wisselwasje langskomt, maar klachten heeft die serieuze aandacht behoeven.

De observatie dat de legitimiteit belangrijk is geldt niet alleen voor SOLK. Ook tijdens consulten over andere klachten gebruiken huisartsen en patiënten interactionele middelen om de legitimiteit van het bezoek te erkennen of benadrukken. Bij sommige klachten zijn weinig woorden nodig om de legitimiteit duidelijk te maken – een gebroken been spreekt als het ware voor zich en behoeft weinig context. Bij klachten die minder zichtbaar zijn, dient taalgebruik echter als hulpmiddel om dezelfde boodschap over te brengen.

De patiënt als expert

Artsen en patiënten hebben elk hun eigen expertise. Zo zijn artsen medisch deskundig, terwijl patiënten alles van hun klachtervaring weten. Bij SOLK laten de gebruikelijke medische informatiebronnen, zoals testuitslagen, geen eenduidig beeld zien, en daarom is het voor huisartsen belangrijk om te weten wanneer en hoe de patiënt de klachten ervaart. Daarmee begeven ze zich op het kennisdomein van hun patiënt. Dat is terug te zien in het taalgebruik.

Huisartsen gebruiken tijdens de uitleg van SOLK bijvoorbeeld vaker vage of indirecte formuleringen. Denk hierbij aan uitingen als '*dingen* die in je leven zijn gebeurd' of 'het klinkt *misschien een beetje* gek'. Of ze leggen klachten uit door te vertellen hoe anderen de klachten ervaren (ook wel *detached footing* genoemd): 'Soms kan zo'n ervaring het zelfvertrouwen van *mensen* ondermijnen.' Daarmee verwijzen huisartsen niet specifiek naar de patiënt die tegenover hen zit, maar naar mensen

of andere patiënten in het algemeen. Dit taalgebruik is minder direct, wat het mogelijk maakt om delicate of moeilijke onderwerpen te introduceren. Bovendien krijgt de patiënt daarmee de ruimte om die uitleg eventueel te weerleggen (door bijvoorbeeld te zeggen: 'Dat geldt misschien voor anderen, maar niet voor mij'). Voorzichtig taalgebruik van huisartsen kan erop wijzen dat er een thema aan de orde is dat niet volledig tot het medische kennisdomein behoort, maar ook tot dat van de patiënt zelf. Wanneer kennisdomeinen op die manier conflicteren (waarbij de arts zich dus in het kennisdomein van de patiënt begeeft, en vice versa), kunnen artsen en patiënten tijdens het SOLK-consult een gevoel van machteloosheid krijgen. Een dergelijke verdeling van expertposities zien we ook bij het eerder gegeven voorbeeld van het opperen van mogelijke psychosociale oorzaken. Waar het vraag-format de patiënt als deskundige positioneert, behoudt de huisarts bij de uitleg-format juist de expertpositie. Het moge duidelijk zijn dat er daarbij geen goede of foute benadering is – elke benadering kent simpelweg andere consequenties. Wanneer we ons bewust zijn van dit soort talige fenomenen, vergroten we ons inzicht in SOLK, en allerlei andere soorten klachten, en kunnen we het gesprek erover beter voeren.

DE MYTHE VAN TYPISCHE SOLK-TAAL

Het idee bestaat dat patiënten met SOLK anders communiceren dan patiënten met verklaarde klachten. Sommige patiënten zouden klachten overdrijven of een vage klachtenpresentatie geven.¹³ Uit eerder onderzoek blijkt dat huisartsen hun diagnose soms zelfs baseren op de wijze waarop de patiënt de klachten presenteert.¹⁴ Maar zijn dit soort elementen wel kenmerkend voor SOLK? Kunnen we SOLK-taal herkennen wanneer we het taalgebruik van patiënten met SOLK vergelijken met dat van patiënten met verklaarde klachten?

Om dat te onderzoeken hebben we bestaande vooroordelen over SOLK vertaald naar talige elementen, die we vervolgens vergeleken in consulten over SOLK en die over verklaarde klachten.¹⁵ Zo keken we naar subjectiviteitsmarkeerders ('ik merk dat'), omdat SOLK ook als subjectieve klacht wordt beschreven, naar taalintensiteit ('heel erg') als indicatie voor overdrijving en naar taalabstractie als proxy voor vaagheid. In totaal analyseerden we 6 talige markeerders in 2752 uitingen van patiënten.

We vonden niet tot nauwelijks verschillen tussen patiënten met SOLK en patiënten met verklaarde klachten. Ze gebruiken niet meer subjectiviteitsmarkeerders, intensieve taaluitingen of abstracte taal. Patiënten met SOLK gebruiken wel geïntensiverde taal, maar dat doen andere patiënten ook. Dergelijk taalgebruik is, zoals we zagen, ook een manier om de klachten te legitimeren. Ons onderzoek laat zien dat het idee van 'typische SOLK-taal' gebaseerd is op vooroordelen over patiënten, en niet op daadwerkelijke verschillen in hun taalgebruik.

KANSEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

We gebruikten kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden om taalgebruik te analyseren in natuurlijke huisarts-

DE KERN

- Positief taalgebruik beïnvloedt het welbevinden van patiënten. Het helpt om 'Uw longen klinken schoon' te zeggen, in plaats van 'Ik hoor geen gekke dingen'.
- Door patiënten te vragen naar mogelijke psychosociale oorzaken (en geen uitleg te geven) krijgen ze de ruimte om hun ideeën te delen.
- Patiënten gebruiken geïntensiverd taalgebruik om de echtheid van een klacht te benadrukken. Dat doen niet alleen patiënten met SOLK, maar *alle* patiënten.
- Typische SOLK-taal bestaat niet. Patiënten met en zonder SOLK communiceren op vergelijkbare wijze en hebben dezelfde verwachtingen over de communicatie van de arts.

gesprekken over SOLK. Daarmee hebben we op een unieke wijze patronen van taalgebruik blootgelegd. Wel kent een analyse van natuurlijke gesprekken de nodige uitdagingen. Zo betrof het een heterogene steekproef, waardoor de aard van de klachten en de inhoud van de gesprekken sterk varieerden. We konden alleen de relatie tussen taal en patiëntuitkomsten analyseren, maar geen causale verbanden aantonen. Verder weten we nog weinig over non-verbale, paralinguïstische kenmerken (bijvoorbeeld een nadruk of volume). Er zijn dus genoeg mogelijkheden voor toekomstig onderzoek om de invloed van het taalgebruik tijdens huisartsconsulten verder uit te diepen.

CONCLUSIE

Taal beïnvloedt het verloop van het consultgesprek en houdt verband met hoe patiënten zich na het consult voelen. De inhoud blijft nagenoeg gelijk, maar met taal verander je de verpakking van een boodschap. Positieve taal heeft een gunstig effect: positief geformuleerde boodschappen hangen samen met minder angst bij patiënten na het consult. Vormvariaties beïnvloeden ook de manier waarop psychosociale oorzaken besproken worden. Vragen nodigen patiënten uit hun ideeën te delen, terwijl ze daarvoor juist minder ruimte krijgen wanneer huisartsen dezelfde informatie uitleggen.

Via een systematische analyse van taalgebruik kunnen we beter begrijpen wat er tijdens consulten gebeurt. We ontdekten dat er helemaal geen 'typische SOLK-taal' bestaat. Patiënten met SOLK en verklaarde klachten communiceren op vergelijkbare wijze en hebben dezelfde verwachtingen over de communicatie van de huisarts. Patiënten met SOLK hebben, net zoals andere patiënten, behoefte aan persoonsgerichte zorg.¹⁶ ■

LITERATUUR

1. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:107.
2. Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.

3. Houwen J, Lucassen P, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, olde Hartman TC, et al. Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2019;20:180.
4. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med* 2003;57:1409-19.
5. Mistiaen P, Van Osch M, Van Vliet L, Howick J, Bishop FL, di Blasi Z, et al. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *Eur J Pain* 2016;20:675-88.
6. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med* 2018;111:240-52.
7. Launer J. How not to be a doctor. *QJM Int J Med* 2006;99:125-6.
8. Patel JJ. The things we say. *JAMA* 2018;319:341-2.
9. Stortenbeker I, Houwen J, Lucassen P, Stappers H, Assendelft W, Van Dulmen S, et al. Quantifying positive communication: doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Educ Couns* 2018;101:1577-84.
10. Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006;62:1167-78.
11. Monzoni CM, Duncan R, Grunewald R, Reuber M. Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient Educ Couns* 2011;85:e189-200.
12. Stortenbeker IA, Stommel WJP, Van Dulmen S, Lucassen PLBJ, Das E, olde Hartman TC. Linguistic and interactional aspects that characterize consultations about medically unexplained symptoms: a systematic review. *J Psychosom Res* 2020;132:109994.
13. Jones B, Williams AC de C. Psychological therapists' judgments of pain and treatment decisions: the impact of 'medically unexplained symptoms' *J Psychosom Res* 2020;131:1-7.
14. Houwen J, Lucassen PLBJ, Dongelmans S, Stappers HW, Assendelft WJJ, Van Dulmen S, et al. Medically unexplained symptoms: time to and triggers for diagnosis in primary care consultations. *Br J Gen Pract* 2020;70:e86-94.
15. Stortenbeker IA, olde Hartman TC, Kwerreveld A, Stommel WJP, Van Dulmen AM, Das E. Unexplained versus explained symptoms: the difference is not in patients' language use. A quantitative analysis of linguistic markers. *J Psychosom Res* 2022;152:110667.
16. Houwen J. Clinical assessment as therapy in managing medically unexplained symptoms [dissertation]. Nijmegen: Radboudumc, 2022.
17. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013;56:222-30.
18. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trim-bos-instituut. Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van SOLK en Somatoforme Stoornissen. Utrecht: Trim-bos-instituut, 2010.

Stortenbeker IA, olde Hartman TC. Taalgebruik tijdens het SOLK-consult. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2251-6. Radboud Universiteit, Centre for Language Studies, Nijmegen: dr. I.A. Stortenbeker, postdoc onderzoeker, inge.stortenbeker@ru.nl. Eerstelijngeneeskunde: dr. T. olde Hartman, huisarts en onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.