Radboud Universiteit

“Geruststelling bij deze”

Conversatieanalytisch onderzoek naar de afsluiting van specialistische consulten met SOLK-patiënten

Conversation analysis research towards the closing of specialistic consultations with MUS patients

Faculteit der Letteren

Master Communicatie- en Informatiewetenschappen

Student: Romy Bootsveld

Begeleider: Dr. W. Stommel

Tweede beoordelaar: Dr. L.M.C. Faro

Cursus: Masterscriptie

Opleiding: Communicatie- en Informatiewetenschappen

Specialisatie: Communicatie en Beïnvloeding

Datum: 08-07-21

Aantal woorden: 12131

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie voor de Master Communicatie en Beinvloeding. In februari 2021 begon ik vol goede moed het scriptietraject. Door mijn eerdere ervaringen in de zorg, wist ik dat er op het gebied van communicatie in de zorg nog veel te verbeteren valt. Het belang van nieuw onderzoek naar het verbeteren van arts-patiënt gesprekken zorgde ervoor dat ik gedurende mijn scriptietraject erg gemotiveerd was om een mooi onderzoek neer te zetten. Met het type onderzoek, een conversatieanalyse, had ik echter geen ervaring. Ik had verwacht dat het niet veel zou verschillen van een ander type kwalitatief onderzoek, maar niets bleek minder waar. Zo bleek het analyseren van de transcripten een hele uitdaging, waardoor ik af en toe de moed verloor. Gelukkig werd ik fantastisch begeleid door Wyke Stommel. Ik wil haar dan ook ontzettend bedanken, want zonder haar hulp had ik mijn scriptie niet op deze manier kunnen neerzetten. Door haar enthousiasme kreeg ik na afloop van iedere bijeenkomst de moed terug om mijn scriptie toch met veel succes af te kunnen ronden. Tevens wil ik Marije van Braak bedanken voor al haar hulp en de gegeven feedback op de analyses van mijn onderzoek. Tot slot wil ik mijn vriend Koen bedanken voor zijn steun gedurende mijn gehele scriptietraject.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn masterscriptie.

Romy Bootsveld

Nijmegen, 8 juli 2021

Inhoudsopgave

Voorwoord **2**

Inhoudsopgave **3**

Samenvatting **4**

1. Inleiding **5**

1.1. Geruststelling bij SOLK-patiënten 6

1.2. Gesprekken met SOLK-patiënten en artsen 7

1.3. Afsluiting van gesprekken 9

1.4. Onderzoeksvraag 10

2. Methode **11**

2.1. Data 11

2.2. Methode van de analyse 11

2.2.1. Beurtniveau 14

2.2.2. Handelingsniveau (sequentieorganisatie) 14

2.2.3. Globaal gespreksniveau 16

3. Bevindingen **17**

3.1. Claims van geruststelling 17

3.1.1. Claims van geruststelling als pre-closing handelingen 18

3.1.2. De claim van geruststelling als alternatief van wat de specialist wél kan doen 21

3.1.3. Overtuigen door epistemische (medische) autoriteit 22

3.1.4. Geruststelling als conclusie 24

3.2. Contrasteringen 28

3.2.1. Het aankondigen van een 'geen behandeling'- conclusie 29

3.2.2. Aankondigen/ adviseren van vervolghandelingen 32

3.2.3. Benadrukken dat de uitslagen goed zijn 33

4. Conclusie **36**

5.1. Beperkingen 40

5.2. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 41

5.3. Praktijkaanbevelingen 41

6. Literatuurlijst **43**

Bijlage 1. Transcripten 'claims van geruststelling' **48**

Bijlage 2. Transcripten 'contrasteringen' **54**

Samenvatting

Dit onderzoek beschrijft de interactionele activiteiten tussen specialisten en SOLK-patiënten aan het einde van het gesprek. SOLK-trajecten blijken langdurige trajecten, waarbij er hoge kosten worden gemaakt (McGorm, Burton, Weller, Murray & Sharpe, 2010). Specialisten lijken het moeilijk te vinden om tot overeenstemming te komen met de patiënt, omdat er geen verklaring gevonden kan worden voor de klachten. Een gevolg is dat de patiënt herhaaldelijk wordt doorwezen naar een andere specialist of terug naar de huisarts in de hoop dat er toch nog een verklaring gevonden gaat worden (Van Ravesteijn et al., 2012).

In dit onderzoek is daarom door middel van een conversatieanalyse het einde van specialistische consulten met SOLK-patiënten geanalyseerd, aangezien dit *het* moment is dat laat zien of er overeenstemming is bereikt. Dit is onderzocht door het bestuderen van 25 video-opnamen van specialistische consulten met SOLK-patiënten. Ongeveer vijf consulten werden getranscribeerd en vervolgens besproken in twee datasessies. Uit deze datasessies is gebleken dat de volgende twee fenomenen een belangrijke rol spelen bij het einde van het gesprek, namelijk: claims van geruststelling en het gebruik van contrasteringen, welke het positieve resultaat van de onderzoeken benadrukken.

Uit de analyse is gebleken dat zowel claims van geruststelling als contrasteringen door specialisten worden gebruikt als pre-closing handelingen. Beide fenomenen worden deels met dezelfde functie gebruikt en worden ook gecombineerd. Zo worden beide fenomenen gebruikt als een conclusie om het goede nieuws van de onderzoeksresultaten te benadrukken. Contrasteringen worden ook ingezet om vervolghandelingen aan te kondigen. Dit betekent dat specialisten SOLK-patiënten inderdaad ook doorverwijzen naar andere specialisten, maar dit was vaak alleen om de patiënt te helpen bij het verminderen van de klachten en dus niet om toch nog een verklaring te vinden. De rol van de patiënt bleek in de interacties vaak minimaal. De patiënten reageerden op de claims van geruststelling met (minimale) bevestigende reacties. Claims van geruststelling, geformuleerd vanuit de patiënt, gaven altijd aan dat er overeenstemming is bereikt. Op de contrasteringen bleken de reacties van de patiënt ook vaak minimaal. Deze minimale reacties zijn blijkbaar voldoende om het gesprek verder te kunnen afsluiten, waardoor het bereiken van overeenstemming dus relatief eenvoudig is.

Keywords: conversatieanalyse, SOLK, specialistische consulten, afsluiting gesprekken

1. Inleiding

Al maanden, of misschien wel jaren, met dezelfde klachten rondlopen, waarbij zelfs specialisten geen verklaring kunnen vinden – een fenomeen waar veel mensen last van hebben en dat tot frustratie en onzekerheid kan leiden bij zowel de arts als bij de patiënt (Olde Hartman et al., 2013). In de eerste lijn (de huisarts) wordt dit aantal mensen geschat op 40% van de patiënten (Olde Hartman et al., 2013) en bij de tweede lijn (specialisten) ligt dit aantal tussen de 35%-53% (Creed, Henningsen & Fink, 2011).

In de medische wereld worden klachten waarvoor geen verklaring te vinden is, aangeduid als SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten). SOLK kan gedefinieerd worden als lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij adequaat medisch onderzoek niet heeft geleid tot het vinden van een aandoening die de klachten voldoende verklaart (Olde Hartman et al., 2013). SOLK wordt vaak gepresenteerd in de vorm van non-diagnoses; deze "diagnoses" bestaan vooral uit het benoemen van bepaalde "labels" aan de klachten van de patiënt, zoals prikkelbaar darmsyndroom en fybromyalgie (Edwards, Stern, Clarke, Ivbijaro & Kasney, 2010).

Ondanks dat artsen vaak al in een vroeg stadium denken te weten dat het om SOLK gaat, blijkt het SOLK-traject toch een langdurig traject te zijn, waarbij er hoge kosten gemaakt worden (McGorm et al., 2010). Deze hoge kosten hebben voornamelijk te maken met de herhaalde doorverwijzingen van huisartsen naar specialisten (Burton, McGorm, Richardson, Weller & Sharpe; 2012). Patiënten accepteren vaak niet dat er geen verklaring gevonden is voor hun klachten, waardoor specialisten de patiënt doorverwijzen naar een andere specialist of weer terug naar de huisarts in de hoop dat er toch een verklaring gevonden wordt (Van Ravesteijn et al., 2012).

Een oorzaak voor de herhaaldelijke doorverwijzingen kan zijn dat artsen het moeilijk vinden om in overeenstemming met de patiënt te bepalen wanneer verder onderzoek doen naar de klachten niet meer mogelijk of wenselijk is. Artsen horen namelijk samen met de patiënt te beslissen wat de vervolgstappen zijn (shared decision making) (Beisecker & Beisecker, 1990; Zandbelt, Smets, Oort, Godfried & Haes, 2007). Wanneer er nog geen duidelijke verklaring gevonden is voor de klachten, kan de specialist nog meer onderzoek uitvoeren of de patiënt naar een andere specialist doorverwijzen, omdat mogelijk de patiënt hierom vraagt. Het moment van het wel of niet doorverwijzen van de SOLK-patiënt door de specialist is een belangrijk moment. Dit moment, het bespreken van een behandeling of een vervolgonderzoek, gebeurt veelal in de laatste fase van medische consulten (Heritage & Maynard, 2006). In deze scriptie analyseer ik

dan ook de laatste fase van medische consulten. Ik onderzoek hierbij door middel van een conversatieanalyse hoe het wel of niet doorverwijzen van de SOLK-patiënt gestalte krijgt in gesprekken tussen specialisten en SOLK-patiënten. Dit heb ik gedaan door het bestuderen van video-opnamen van specialistische consulten met SOLK-patiënten. Ik richt mij in deze conversatieanalyse op twee fenomenen die een belangrijke rol lijken te spelen bij het moment van afsluiten van het gesprek, namelijk: claims van geruststelling en de positieve uitkomsten benadrukken met behulp van contrasteringen (tegenstellingen). We spreken van 'claims van geruststelling' (en niet 'het claimen van geruststelling), omdat bij het analyseren van de interactie niet duidelijk wordt of een patiënt ook daadwerkelijk gerustgesteld is.

Eerdere conversatie-analyses van SOLK-consulten gingen met name over hoe de patiënt zijn/haar klachten presenteerde, hoe de arts de (non)diagnose communiceerde en hoe de patiënt daarop reageerde (Stortenbeker, Stommel, Van Dulmen, Lucassen, Das & Olde Hartman, 2020). Een conversatie-analyse gericht op de behandelings-/doorverwijzingsfase of zelfs afsluiting van SOLK-trajecten zoals die plaatsvindt in consulten ontbreekt, terwijl dit het moment kan/ moet zijn waarop de specialist de patiënt mee krijgt in het afronden van het medische traject. Deze scriptie gaat door middel van een conversatieanalyse in op de vraag *hoe er naar de afsluiting van het medische traject van SOLK-patiënten toegewerkt wordt.*

1.1. Geruststelling bij SOLK-patiënten

Wanneer klachten niet te verklaren zijn, blijven de patiënten in onzekerheid zitten, want waar komen die klachten dan vandaan? Mensen met SOLK hebben vaker last van depressies en angstgevoelens (Henningsen, Zimmerman & Sattel, 2002). Dit kan betekenen dat patiënten zich nog onzeker voelen over hun klachten, aangezien er geen duidelijke behandeling is voor de klachten en het onduidelijk is wanneer de klachten over zullen gaan. Ook hebben SOLK-patiënten vaak het gevoel dat zij niet serieus worden genomen en dat de realiteit van hun symptomen in twijfel wordt getrokken (Aiarzaguena et al., 2013; Burbaum, Stresing, Fritzsche, Auer, Wirsching & Lucius-Hoene, 2010). Een specialist kan op verschillende manieren omgaan met het verminderen van onzekerheid bij de patiënt. Dit kan bijvoorbeeld door het bieden van duidelijkheid, begrip en oplossingen voor het bestrijden van de symptomen van de patiënt (Isaac & Paauw, 2014). Eveneens het tonen van empathie kan helpen bij deze vermindering (Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou & Kleijnen, 2001). In het onderzoek van Salmon, Ring, Dowrick en Humphris (2005) geven zij aan dat SOLK-patiënten zelfs meer behoefte hebben aan het krijgen van emotionele ondersteuning en empathie dan patiënten zonder SOLK.

Als er geen oorzaak voor de klacht(en) van de patiënt gevonden is, zou de patiënt wel baat kunnen hebben bij geruststelling, zoals dat bepaalde (ernstige) aandoeningen uitgesloten worden. Geruststelling, door middel van verbale of non-verbale handelingen van de arts, is van belang om tot overeenstemming te komen met de patiënt (Gask, Dowrick, Salmon, Peters, Morris, 2011). De studie van Kathol (1997) beschouwt geruststelling als een benadering die makkelijk te beschrijven en toe te passen is, terwijl andere studies aangeven dat geruststelling, en het uitleggen aan patiënten dat een bepaalde behandeling niet nodig is, erg moeilijk kan zijn (Kessel, 1979; Fitzpatrick, 1996). Volgens Mayou (1976) en Fitzpatrick en Hopkins (1981) komen angsten van patiënten vaak terug nadat de patiënten zijn gerustgesteld. Uit het onderzoek van Dowrick, Ring, Humphris en Salmon (2004) over specifiek gesprekken uit SOLK-consulten bleek dat geruststelling op bepaalde vlakken geen effect had. Zo bleek geruststelling om de onwaarschijnlijkheid van een ziekte aan te geven, geruststelling op basis van klinische kennis en geruststelling op basis van bewijs van negatief onderzoek, geen effect te hebben op de gemoedstoestand van de patiënt. Aan de hand van hun onderzoek stellen zij dat het moment dat de patiënt de symptomen nogmaals benadrukt (nadat dat dit al eerder is behandeld in het gesprek), het punt is dat de arts in moet grijpen en het lijden van de patiënten serieus moet nemen. Daarnaast moet de arts het verband tussen psychologische factoren en fysieke mechanismen met elkaar verbinden. Kortom, dit onderzoek suggereert dat geruststelling waardeloos is wanneer de arts niet op de hoogte is van de angsten van de patiënt. Geruststelling is, met name bij patiënten met SOLK, moeilijk te realiseren, maar wel erg belangrijk aangezien geruststelling de psychosomatische klachten kan verminderen. Over SOLK wordt namelijk vaak gezegd dat psychosociale aspecten, zoals stress, de oorzaak zijn (Gask et al., 2011). Los daarvan blijken ook artsen zelf een ongerust en onzeker gevoel te hebben over patiënten met SOLK (Nunes et al., 2013), wat het nog moeilijker maakt om patiënten met SOLK gerust te stellen.

1.2. Gesprekken met SOLK-patiënten en artsen

Het blijft voor artsen een uitdaging om te communiceren met patiënten met SOLK, aangezien patiënten vaak andere ideeën hebben over de oorzaken en de behandelingen van de klachten dan hun arts (Stortenbeker et al., 2020). Patiënten met SOLK lijken daarnaast vaak ontevreden over de zorg die zij krijgen van artsen, door het geven van weerstand in de gesprekken met specialisten (Aiarzaguena et al., 2013; Peters et al., 2008; Salmon, Ring, Humphris, Davies & Dowrick, 2009). De interactie die plaatsvindt tijdens het consult is van invloed op hoe er

overeenstemming wordt bereikt tussen de arts en de patiënt gedurende het consult en dit heeft veelal te maken met de tegenstrijdige ideeën die patiënten en artsen hebben over de behandeling (Salmon, Dowrick, Ring, Humphris, 2004). Wederzijds begrip tussen artsen en patiënten wordt als belangrijk beschouwd voor het bereiken van overeenstemming (Ijäs-Kallio, Ruusuvuori & Peräkylä, 2010), waardoor onderzoek naar het toewerken naar dit 'resultaat' (de overeenstemming) van belang is.

Peräkylä (2002) heeft in een eerder conversatieanalytisch onderzoek laten zien hoe patiënten reageren op een (non)diagnose, variërend tussen korte reacties van acceptatie tot uitgebreide reacties met aanvullende symptoombeschrijvingen in geval van 'geen overeenstemming'. Bij 'geen overeenstemming' opperen patiënten soms alternatieve diagnoses. Uit het onderzoek van Monzoni, Duncan, Grünewald en Reuber (2011) bleek dat patiënten met SOLK veel weerstand boden tegen het besluit van de arts door expliciet een andere mening te articuleren, door behandelvoorstellen af te wijzen, en door zich te onttrekken aan de interactie met stiltes en het gebruik van minimale reacties. Dit betekent dat diagnoses en behandelvoorstellen niet eenzijdig door artsen gedaan worden, maar interactioneel tot stand komen. In consulten met SOLK-patiënten blijkt dit dus vaak lastig. Volgens Aiarzaguena et al. (2013) blijken patiënten met SOLK eerder in overeenstemming te zijn over de mogelijke verklaringen die de arts vertelt, wanneer de arts ook de psychische en sociale problemen van de patiënt heeft besproken.

Eerder conversatieanalytisch onderzoek naar consulten met SOLK-patiënten heeft al een aantal kenmerken aan het licht gebracht. Zo blijken artsen bij SOLK-consulten vaak bepaalde markeerders te gebruiken, zoals impliciete woorden en vage verwijzingen, wanneer zij praten over de klachten en de mogelijke oorzaken (Burbaum et al., 2010). Wanneer artsen met mogelijke verklaringen komen, doen zij dit door het gebruik van vage verwijzingen, door het gebruik van aarzelingen en door te wijzen op ervaringen van andere patiënten (Aiarzaguena et al., 2013). De symptoomverklaringen klinken vaag en onzeker en dit is niet bevorderend voor de geruststelling van de patiënt.

Conversatie analytische studies naar consulten met SOLK-patiënten gaan dus tot nu toe met name over het bespreken van de (non)diagnose, wat regelmatig een symptoombeschrijvende diagnose is (bijvoorbeeld prikkelbare darmsyndroom, oververmoeidheid en fybromyalgie). Daarnaast is er aangetoond dat er vaak geen overeenstemming wordt bereikt over de diagnose of het besluit. De vraag hierbij is: hoe lossen de deelnemers deze staat van "geen overeenstemming" op in de afsluiting van het gesprek? Ik richt mij in dit onderzoek daarom op

de laatste fase van consulten met SOLK-patiënten waarin de wel/niet overeenstemming gestalte krijgt.

1.3. Afsluiting van gesprekken

In tegenstelling tot andere vormen van interactie die in het dagelijks leven plaatsvinden, hebben arts-patiëntgesprekken (voornamelijk de eerste lijn) vaak de volgende structuur: opening, probleempresentatie, anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnose, behandeling en afsluiting (Byrne & Long 1976, Heritage & Maynard 2006). Deze structuur is vaak ook te herkennen in gesprekken in de tweede lijn (opening – probleempresentatie – diagnose – behandeling en afsluiting). Echter, het blijkt dat SOLK-consulten lang niet altijd volgens deze structuur verlopen (Nettleton, Watt, O'Malley & Duffey, 2005; Olde Hartman et al., 2013). Zo blijkt dat in de afsluitingsfase van een SOLK-consult vaak ook onderdelen van andere fases worden aangehaald, zoals het nogmaals benoemen van het probleem door de patiënt (of het benoemen van nieuwe problemen) en het nogmaals benoemen van de diagnose door de arts. Bovendien bieden patiënten vaak weerstand aan het einde van een SOLK-consult, door terug te komen op de huidige symptomen, door over ervaringen met vergelijkbare symptomen te vertellen, of door informatie uit eerdere medische bezoeken te geven (Ijäs-Kallio et al., 2010).

De afsluiting van een gesprek kan worden gezien als een prestatie, in die zin dat het beurtwisselingssysteem stopgezet wordt en er een onvermijdbare stilte ontstaat (Schegloff & Sacks, 1973). In de afsluitingsfase van consulten is overeenstemming tussen de specialist en de patiënt relevant, omdat overeenstemming kan worden gezien als een teken dat er kan worden afgesloten. In de afsluiting van medische consulten worden vaak samenvattingen ("formulations") gebruikt waarmee deelnemers laten zien hoe ze (de uitkomst van) het gesprek of een besluit begrepen hebben (Gafaranga & Britten, 2004). Gafaranga en Britten (2004) kwamen tot de conclusie dat deze samenvattingen en actieformuleringen een belangrijk interactief middel zijn om tot overeenstemming te komen. Specifiek actieformuleringen (vaak toekomstgerichte handelingen), zoals "ik ga zorgen dat de huisarts op de hoogte is" zijn een teken dat het gesprek afgerond kan worden. Zo'n teken wordt ook wel een 'possible pre-closing' genoemd (Schegloff & Sacks, 1973).

Behalve actieformuleringen zijn er nog andere 'possible pre-closings'. Voorbeelden zijn "nou" of "oké", waarmee een deelnemer laat zien dat hij/zij geen nieuwe informatie aan het huidige onderwerp toe te voegen heeft. In reactie hierop hebben andere gespreksdeelnemers de gelegenheid om nog iets te voegen. Als dat niet gebeurt en de gesprekspartner ook een niet

inhoudelijke beurt produceert, wordt er stap voor stap naar de afsluiting ("terminal adjacency pair", Schegloff & Sacks, 1973) toegewerkt. De vraag is welke (possible) pre-closing handelingen in de laatste fase van SOLK-consulten gebruikt worden, met name in die consulten waarop geen medisch vervolgtraject voorgesteld wordt.

1.4. Onderzoeksvraag

Dit onderzoek richt zich op consulten van SOLK-patiënten met specialisten. De specialist heeft vervolgonderzoek gedaan, vaak nadat de huisarts al een tijd met de patiënt in gesprek is geweest over de klachten. De zoektocht naar oorzaken van de klachten kan dus ten einde komen bij een specialist. Over deze fase in het medische traject van SOLK-patiënten is nog weinig bekend; eerder onderzoek richtte zich vooral op huisartsconsulten.

Mijn onderzoeksvraag luidt: '*Op welke interactionele manieren werken specialisten toe naar het einde van het medische SOLK-traject?'*

2. Methode

Om de hoofdvraag '*Op welke interactionele manieren werken specialisten toe naar het einde van het medische SOLK-traject?'* te beantwoorden, heb ik een conversatieanalyse uitgevoerd. Een conversatieanalyse is een data gestuurde methode en leidt tot een gedetailleerde beschrijving van de gespreksmethoden die leden van een bepaalde cultuur gebruiken om te communiceren (Mazeland, 2003). Deze methoden bevinden zich op beurtniveau, handelingsniveau, sequentieniveau en globaal gesprekniveau. In mijn onderzoek ben ik dus met een algemene vraag begonnen, waarbij na het bestuderen van de data bleek dat bij de afsluiting van de gesprekken twee fenomenen een belangrijke rol spelen: claims van geruststelling en contrasteringen. Deze twee fenomenen zijn vervolgens verder in detail geanalyseerd.

2.1. Data

De data van dit onderzoek bestaan uit video-opnamen van 25 consulten van medische specialisten van verschillende disciplines verspreid door Nederland, zoals neurologie, reumatologie, cardiologie en interne geneeskunde. Er is tot deze selectie videoconsulten gekomen, omdat deze videoconsulten het einde van het diagnostische/medische traject aankondigen. Deze selectie is afkomstig uit een bestaande dataset van Weiland et al. (2015), met in totaal 40 opnamen van consulten met SOLK-patiënten. De data is gebruikt voor een eerder onderzoek met het doel medische specialisten te trainen om beter te communiceren met SOLK-patiënten.

Van de participanten (SOLK-patiënten) in de 25 videoconsulten bleek 33% man en 66% vrouw. De SOLK-patiënten waren allemaal volwassenen, waarbij de leeftijden uiteenliepen (exacte leeftijden niet bekend). Aangezien de SOLK-consulten plaatsvonden binnen verschillende disciplines, varieerden de klachten van de SOLK-patiënten (buikpijn, hoofdpijn, nekklachten, ernstige vermoeidheid en gewrichtsklachten). In veel gevallen werd de patiënt vergezeld door een naaste. Alle deelnemende specialisten en patiënten (en eventueel naasten) waren geïnformeerd over het doel van de video-opnames en hebben toestemming gegeven voor het onderzoek.

2.2. Methode van de analyse

Het doel van een conversatieanalyse is om door middel van het beschrijven van wat de deelnemers, inzicht te krijgen in hoe interacties verlopen. Er is geanalyseerd op basis van video-

opnamen van natuurlijke gesprekken, wat betekent dat de ecologische validiteit van dit type onderzoek heel hoog is. Door het bestuderen van de video-opnamen en door deze heel gedetailleerd te transcriberen (Jefferson, 2004), zijn patronen op de eerdergenoemde gespreksniveaus ontdekt. De gebruikte transcriptieconventies zijn opgenomen in tabel 1. De analyses van de gespreksfenomenen zijn volgens de methode van de conversatieanalyse besproken in datasessies ten behoeve van de betrouwbaarheid van de analyse. De analyse is uitgevoerd door middel van de 'next turn proof' procedure (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). De gesprekken zijn hierbij beurt voor beurt geanalyseerd, waarbij de betekenis van de ene beurt gevonden wordt door te kijken naar de volgende beurt.

Tabel 1. Transcriptiesymbolen

Symbool	**Betekenis**
(1.5)	Een pauze van, in dit geval, 1.5 seconden. Kan vervangen woorden door andere aantallen.
(.)	Micropauze (een stilte korter dan 0.2 seconden)
tekst= =tekst2	Er is geen waarneembare stilte tussen de beurten van de twee op elkaar volgende sprekers of tussen opeenvolgende uitingseenheden van dezelfde spreker.
[Spreker]	Overlap in de beurten van de twee sprekers.
.	Een sterk dalend intonatieverloop.
,	Een licht dalend intonatieverloop.
?	Een sterk stijgend intonatieverloop.
;	Een licht stijgend intonatieverloop
↑	Toonbeweging omhoog (binnen een woord).
↓	Toonbeweging omlaag (binnen een woord).
:: (re::kken)	De betreffende (mede-)klinker op langer uitgesproken.
LUID	De in hoofdletters geschreven tekst wordt luider en met meer nadruk uitgesproken vergeleken met de rest van de tekst.
°zacht°	Relatief zacht uitgesproken tekst.
Afbre-	Het betreffende woord wordt afgebroken.
>sneller<	De tekst wordt relatief sneller uitgesproken.

<langzamer>	De tekst wordt relatief langzamer uitgesproken.
•hh	Duidelijk hoorbare inademing.
((snuift))	Weergeven van een non-verbale activiteit.
( )	Spreker zegt iets overstaanbaars.

Voor dit onderzoek werden eerst twintig willekeurige consulten uit de dataset van Weiland (2015) globaal bestudeerd. In vijf consulten leek toegewerkt te worden naar het einde van het medische traject. Vervolgens werden deze vijf consulten getranscribeerd en geanalyseerd tijdens een datasessie. Wat centraal stond in deze vijf consulten was dat de patiënt werd terugverwezen naar de huisarts, werd doorverwezen naar een andere specialist of dat de patiënt symptoombestrijding (of andere vervolghandelingen) aangeboden kreeg. De reacties van de SOLK-patiënten (wel/ geen acceptatie van het besluit van de arts) verschilden van elkaar.

Vervolgens werden uit de dataset van Weiland twintig nieuwe consulten geselecteerd waarin sprake leek van afronding van het medische traject. Uiteindelijk zijn de in totaal 25 'eind traject'-consulten in detail getranscribeerd en geanalyseerd met het oog op de verschillende manieren waarop specialisten toewerken naar de afronding van het traject. In dit proces hebben nog twee datesessies plaatsgevonden waarin vijf fragmenten gezamenlijk geanalyseerd zijn. Uit de analyse bleek dat, naast gebruik van actieformuleringen (Heritage & Maynard, 2006), twee andere fenomenen een belangrijke rol spelen bij het afsluiten van het consult: claims van geruststelling en contrastformuleringen. 'Claims van geruststelling' betreffen alle expliciete verbale uitingen van geruststelling, zowel subjectieve formuleringen ("ik ben gerustgesteld") als objectieve ("dat is geruststellend"). Indirecte claims van geruststelling, zoals "ik maak me geen zorgen", zijn niet verder geanalyseerd in verband met de haalbaarheid van het onderzoek. Met contrastformuleringen worden tegenstellingen bedoeld, die de arts gebruikt tussen de fase van het stellen van de diagnose en de behandelingsfase/ afsluitingsfase, bijvoorbeeld 'een verklaring heb ik niet, maar gelukkig waren de uitslagen goed'. Alle transcripten met claims van geruststelling staan in bijlage 1 en alle transcripten van de contrasteringen in bijlage 2.

Om patronen te ontdekken zijn de verschillende gespreksniveaus, zoals beurtniveau, handelingsniveau en globaal gesprekniveau geanalyseerd (Mazeland, 2003). Om een beeld te geven, leg ik hierna de belangrijkste begrippen bij de verschillende niveaus uit. Toch zijn er in de analyse ook andere 'nieuwe' begrippen gebruikt. Deze begrippen worden in de analyse nader toegelicht.

2.2.1. Beurtwisseling

Gesprekken in institutionele setting, zoals arts- (SOLK)-patiëntgesprekken, zijn zoals eerder genoemd voorgestructureerd. Wie van de deelnemers op een bepaald moment aan de beurt is en wat er in die beurt gedaan kan worden, is vaak dus van tevoren voor een groot deel vastgelegd. Doordat sprekers over het algemeen niet door elkaar spreken, maar na elkaar, is er sprake van beurtwisseling tussen de deelnemers. Aan de hand van de transcripten zijn de beurten van de deelnemers (de specialist en de patiënt) gedetailleerd geanalyseerd. De transcripten geven niet alleen aan wat en door wie er iets gezegd wordt, maar ook wanneer en hoe iemand iets zegt. Zo laten deze transcripten zien hoelang een stilte duurt, of er overlap plaatsvindt en of iets luider en met meer nadruk, dus door middel van prosodie, wordt uitgesproken (Mazeland, 2003). Sacks et al. (1974) benoemen principes waarop de deelnemers van een gesprek zich oriënteren bij de organisatie van beurtwisseling. Ten eerste is er de beurtopbouwcomponent (of turn constructional unit, TCU), waarmee er wordt aangegeven waar de beurt gewisseld kan worden (een mogelijk voltooiingspunt). Daarnaast is er een beurttoewijzingscomponent, welke de technieken omschrijft van beurttoewijzing, zoals vragen of tags als ‘toch?’, ‘weet je wel’ en ‘hé’. Woorden als “nou” of “kijk” (als in “kijk, ik vind dat…) worden ook wel ‘discourse markers’ genoemd. Discourse markers worden omschreven als woorden die geen invloed hebben op de propositionele betekenis van een zin. Hiermee wordt bedoeld dat de waarde van de zin niet veranderd wanneer er een discourse marker wordt toegevoegd of weggehaald (Fraser, 1999).

2.2.2. Handelingsniveau (sequentieorganisatie)

De specialist en de patiënt doen in het gesprek in opeenvolgende beurten bepaalde handelingen. Deze handelingen maken voor de organisatie van interacties deel uit van ‘sociale systeempjes’, ook wel sequenties genoemd, en hangen hierdoor met elkaar samen. Sequenties zijn dus ook wel samenhangende reeksen van beurten waarin de specialist en de patiënt een interactionele activiteit realiseren. Het ‘aangrenzend paar’ is een begrip dat zo’n samenhang van beurten laat zien. Een aangrenzend paar betreft een tweedelige structuur, waarbij het eerste paardeel de sequentie lanceert en het tweede paardeel de handeling van het eerste deel compleet maakt (Mazeland, 2003). Het aangrenzende paar wordt altijd door verschillende sprekers in afzonderlijke beurten geproduceerd. Een voorbeeld van een aangrenzend paar is bijvoorbeeld een nieuwsvertelling in het eerste paardeel (door bijvoorbeeld de specialist), waarna in het

tweede paardeel de andere deelnemer (de patiënt) de nieuwsvertelling observeerbaar ontvangt als (goed/slecht) nieuws.

Aangezien ik in deze scriptie onderzoek hoe er naar de afsluiting van gesprekken wordt toegewerkt en hoe specialisten daarin tot overeenstemming komen met de patiënt, licht ik hier het principe van 'overeenstemming bereiken' verder uit. In deze handelingsstructuur speelt het bereiken van overeenstemming over de waarde/betekenis van het nieuws een belangrijke rol. Een eerste stellingname zorgt ervoor dat er door de recipiënt een tweede stellingname wordt geproduceerd. Als het voor de specialist hierbij duidelijk wordt dat de patiënt de stelling (bijvoorbeeld de claim "dat is geruststellend") niet gaat accepteren, kan de specialist het eerste paardeel bijstellen, bijvoorbeeld door het geven van meer informatie, het benadrukken van bepaalde informatie, et cetera. Het bereiken van overeenstemming is dus uiteindelijk een 'collaborative interactional accomplishment' (Van Braak, Huiskes, Schaepkens & Veen, 2021). Beide deelnemers, dus zowel specialist als patiënt, zorgen er samen voor dat dit resultaat tot stand komt.

2.2.3. Beurtontwerp

Een claim van geruststelling bestaat vaak uit een enkele beurtopbouweenheid (TCU), terwijl een contrastering uit meerdere TCU's bestaat. Voor de analyse van de claims van geruststelling is het relevant wie de 'agens' en wie de 'patiens' van het geruststellen is. Zo kan er onder andere onderscheid gemaakt worden in nominale constituenten, welke een referentiële betekenis hebben en in attributieve constituenten, waarbij de constituent een eigenschap beschrijft. Nominale constituenten kunnen verschillende (semantische) rollen spelen bij de gebeurtenis die een zin uitdrukt. Een van die rollen die ik in deze scriptie uitleg, is een 'agens'. Een agens is 'het argument (een onderwerp of lijdend voorwerp) dat het initiatief neemt voor de gebeurtenis in de zin' (Appel, Baker, Hengeveld, Kuiken & Muysken, 2002).

Een ander aspect dat relevant is voor het ontwerp van claims van geruststelling door de specialisten is het mogelijke 'taalhandelingskarakter'. Dergelijke claims kunnen een performatief karakter hebben (Appel et al., 2002). Door het gebruik van "bij deze" wordt de handeling van het geruststellen centraal gesteld en als het ware afgedwongen bij de ontvanger.

Ook zijn er nog twee andere vormkenmerken meegenomen in de analyse. Ten eerste het verschil of de claims over een toestand (object), zoals "het is geruststellend" of vanuit een persoon (de spreker) (subject), zoals "ik kan u geruststellen" (tevens transitief) geformuleerd

zijn. In de analyse worden deze vormen aangeduid als ‘object side formulations’ en ‘subject side formulations’ (Edwards & Potter, 2017).

Een tweede begrip dat nog in de analyse is gebruikt, is de ‘epistemische’ werking van de claim. Claims van geruststelling kunnen een functie van epistemische modaliteit hebben. Hierbij wordt er een bepaalde uitspraak gedaan op basis van kennis, geloof en waarschijnlijkheid (Bybee & Fleischman, 1995). Zo claimt bijvoorbeeld een specialist gerustgesteld te zijn (“ik ben gerustgesteld”), waarmee de specialist dus de patiënt probeert gerust te stellen op basis van *zijn* kennis.

2.2.4. Globaal gespreksniveau

Op dit niveau wordt er meer naar de afsluiting van gesprekken gekeken. Om tot een afsluiting te komen, moeten de deelnemers het probleem oplossen dat er gecreëerd is door samen het gesprek te beginnen (Mazeland, 2003). Zo initiëren pre-closing handelingen het afsluitingstraject. Claims van geruststelling en contrasteringen blijken als pre-closings te werken. Zo komen claims van geruststelling en contrasteringen vaak aan het eind van de fase van het bespreken van de behandelmogelijkheden voor en wordt hierna de afsluiting van het gesprek ingeluid. In de analyse spreek ik daarom ook wel van het begrip ‘closure implicative’ (Van Braak et al., 2021); handelingen die van belang zijn om naar de afsluiting van het gesprek toe te werken.

3. Bevindingen

Van de 25 consulten waarin het einde van het diagnostische/medische traject aangekondigd werd, bleek dat in acht consulten een claim van geruststelling gedaan werd en in en in 23 consulten een contrastering.

3.1. Claims van geruststelling

In totaal heb ik veertien gevallen waarin geruststelling geclaimd werd, gevonden in 8/25 consulten. Claims van geruststelling werden vooral geproduceerd tussen het bespreken van onderzoeksresultaten/ de mogelijke diagnoses en het bespreken van de vervolghandelingen. Dit werd meestal gedaan door de arts (n = 10), maar een enkele keer ook door de patiënt (n = 4). In het algemeen blijken specialisten claims van geruststelling te gebruiken om tot overeenstemming te komen met de patiënt om daarmee het gesprek te kunnen afsluiten. Wanneer de patiënt geruststelling claimt, is dit altijd in reactie op een 'indirecte' claim van geruststelling door de specialist en hiermee dus bevestigend.

Geruststellingsclaims variëren met betrekking tot hun vorm en functie. Zo is er variatie omtrent het meer of minder *performatieve karakter* ervan, met betrekking tot het verplaatsen van de geruststelling naar het *epistemische terrein* van de specialist en met betrekking tot of de claim van geruststelling een *toestand (object)* ("het is geruststellend) of een *persoon (subject)* ("ik ben gerustgesteld") betreft. Deze verschillende vormen hebben verschillende functies, maar vaak wel met hetzelfde doel: overeenstemming bereiken met de patiënt. De voornaamste functie betreft de claim inzetten als een *pre-closing handeling* (paragraaf 3.1.1.). Dit betreft geen afzonderlijke functie, maar een functie die voor vrijwel alle claims van geruststelling geldt. Ook kunnen alle claims van geruststelling worden gezien als een samenvatting of *conclusie* van de resultaten van de onderzoeken (paragraaf 3.1.2.). De twee andere meest voorkomende (ietwat specifiekere) functies zijn: 3.1.2.) het geven van een alternatief (tegenstelling) van wat de specialist wél kan doen voor de patiënt en 3.1.3.) overtuigen door epistemische (medische) autoriteit.

Ook ga ik in op de reactie is van de patiënt op de claim (acceptatie of niet). Zo blijkt dat bij zeven van de veertien fragmenten met geruststellingsclaims er oversteenstemming bereikt wordt met de patiënt (n=7). Hiermee komt de afsluiting van het gesprek dichterbij.

3.1.1. Claims van geruststelling als pre-closing handelingen

De claims van geruststelling vonden voornamelijk plaats in de overgang van de probleempresentatie naar de diagnose en de overgang van de behandelingsfase naar de afsluitingsfase. Claims van geruststelling in de overgang van de behandeling naar de afsluiting laten duidelijk zien dat claims van geruststelling *closure-implicative* zijn. Een voorbeeld daarvan zien we in fragment 11. Fragment 11 toont hoe de claim van geruststelling het einde van het gesprek dichterbij brengt. De patiënt komt bij de MDL-arts voor de uitslagen van de onderzoeken vanwege zijn buikklachten. De arts formuleert de geruststellingsclaim in regel 22.

Fragment 11 – Consult 51

```
20   A:    wie weet
21   P:    oke
22   A: →  JA? in ieder geval alles geruststellend
23   P:    nou, dat is mooi
24   A:    ik eh weet niet of u nog vragen heeft?
25   P:    (.) hmm nee volgens mij niet
26   A:    nee?
27   P:    nee
28   A:    mooi
29   P:    oke
30   A:    dus ik denk niet dat we dan een nieuwe afspraak hoeven te
31         maken en ik zal ook even naar de huisarts schrijven
32   P:    ja
```

De geruststellingsclaim wordt ingezet in regel 3 door de specialist in reactie op de pre-closing “oke” van de patiënt in regel 21. De specialist creëert met de “JA?” (r. 22) nogmaals gelegenheid voor de patiënt om “unfinished business” in te brengen in het gesprek. Dit gebeurt niet en de specialist gaat direct verder met een samenvatting van het voorgaande als “geruststellend”. Deze geruststellingsclaim wordt dus gedaan als eerste paardeel (van het aangrenzende paar). De patiënt geeft vervolgens zo’n geprefereerde reactie, namelijk een positieve evaluatie van deze conclusie (“mooi”). De beurtbeginnende “nou” impliceert dat het om een besluitende “nou” gaat (Pander Maat, Driessen & Mierlo, 1986). Deze acceptatie completeert de gezamenlijke constructie van het einde van het gesprek. Dergelijke claims van geruststelling worden veelal (ongeveer de helft van de gevallen) geaccepteerd door de patiënt.

In het vorige fragment is de claim van geruststelling een vervolg op een beurt van de specialist zelf (samenvatting van de onderzoeksresultaten). Een claim van geruststelling kan ook als tweede paardeel (als reactie op een beurt van een patiënt) worden ingezet, zoals in fragment 7 (deel 1) (consult 44). Dit fragment komt uit een consult waarbij een patiënt met vermoeidheidsklachten en rugklachten in gesprek is met een reumatoloog. De reumatoloog geeft de patiënt advies hoe om te gaan met de klachten. De claim van geruststelling lijkt hier wel het doel te hebben om als pre-closing handeling ingezet te worden, maar het blijkt dat dit in eerste instantie niet direct lukt. De specialist moet na de claim de patiënt namelijk nogmaals overtuigen van het geruststellende resultaat (een nieuwe geruststellingsclaim welke later wordt uitgelegd). De geruststellingsclaim wordt gedaan in regel 55.

Fragment 7 (deel 1) – Consult 44

```
42   A:    in e:h beweging blijven is goed maar niet jezelf over de
43         kling jagen.
44   P:    nee dat doe ik ook niet meer n::ee dat doe ik ook niet
45         meer
46   A:    dus bewegen tot de pijngrens en dan weer [even] rust
47         pakken
48   P:                                                [ja] ja
49   A:    maximaal
50   P:    en en ik dacht ook zelf misschien komt daar die
51         vermoeidheid ook wel van (.) maar dan wil wel zeker weten
52         dat ik verder niks mankeer [(.) en] dat was verder de
53         reden dat de huisarts mij eh
54   A:                                [°ja°]
55   A: →  nou, bij deze kan ik u geruststellen
56   P:    ja ja nou ja=
57   A:    =ik ben gerustgesteld ik hoop dat ik dat over kan brengen
58   P:    JA NEE ja daar ben ik ook blij mee NAtuurlijk dat het
59         allemaal goed is verder dan eh=
```

In regel 55 stelt de specialist de patiënt gerust. De geruststelling is een reactie op een mogelijke verklaring voor de klachten (“ik dacht ook zelf misschien komt daar die vermoeidheid ook wel van”) en verantwoording voor het bezoek (“dat was verder de reden dat de huisarts mij eh”) van de patiënt in regel 50 tot en met 53. Het ontwerp van de reactie van de arts is opvallend.

Met “bij deze” krijgt de claim een performatief, en dus bijna plechtig, karakter. De claim van geruststelling begint bovendien met “nou”. “Nou” fungeert hier als discourse marker waarmee de specialist een aanwijzing geeft over hoe de handeling (de claim van geruststelling) zich verhoudt tot de handeling in de vorige beurt (van de patiënt, r. 50 tot en met 53). De licht dalende intonatie bij het formuleren van “nou” (r. 55), impliceert ook hier dat het om een besluitende “nou” gaat (Pander Maat, Driessen & Mierlo, 1986). De patiënt reageert hierop met een licht gedisprefereerde reactie (“ja ja nou ja”, r. 56), dat wil zeggen dat het lijkt alsof de patiënt de claim van geruststelling niet direct, of niet helemaal lijkt te accepteren. Dit blijft echter impliciet, gezien de reactie van de specialist in regel 57, waarbij de specialist de geruststellingsclaim herhaalt in een andere vorm. Hiermee lijkt de specialist bergrepen te hebben dat de eerste claim van geruststelling niet voldoende was. Deze ‘nieuwe’ geruststellingsclaim wordt verder uitgewerkt in paragraaf 3.1.3.

Specialisten gebruiken claims van geruststelling met het doel deze in te zetten als pre-closing handelingen en kunnen zowel als eerste paardeel en als tweede paardeel worden ingezet. Echter, na een claim van geruststelling wordt er niet altijd overeenstemming bereikt met de patiënt (n=7). Als de patiënt de claim van geruststelling deed, was dit als een geprefereerde reactie op een eerste paardeel van de specialist, zoals in fragment 5 (consult 26). Een claim van gerustelling geformuleerd vanuit de patiënt toont dat patiënt instemt met het vertelde nieuws van de specialist. In fragment 5 is een internist in gesprek met een patiënt over de vervolghandelingen. De claim van geruststelling wordt gedaan door de patiënt in regel 11.

Fragment 5 – consult 26

```
4     A:    eh:h dat kan best dat ze uit de nieren ko↑men, maar als
5           de nierFUNCTIE daar goed blijft dan zijn dat vaak
6           GOEDaardige aandoeningen. (.) want we gaan er opnieuw
7           naar kijken. maar e:h ik heb op dit moment geen reden e:h
8           tot ernstige ZORGEN daarover
9     P:    oke
10    A:    dus e:hm
11    P: →  nou, dat is een eh geruststelling
12    A:    mooi
13    P:    ja
14    A:    e:hm ja dus u mag zo naar het laboratorium. en dan=
```

Als reactie op een indirecte vorm van geruststelling door de specialist in regel 7 en 8 (geen reden tot ernstige zorgen), claimt de patiënt dat de informatie uit de nieuwsvertelling van de specialist "een geruststelling" is. De claim wordt hier dus als tweede paardeel gebruikt en is een geprefereerde reactie op het eerste paardeel van de specialist. Met de claim stemt de patiënt er mee in dat de positieve resultaten een geruststelling zijn, waardoor de patiënt en de specialist tot een 'collaborative interactional accomplishment' komen. De claim van geruststelling werkt hier als een pre-closing handeling. Het vervolg van de interactie (r. 12, 13 en 14) laat namelijk zien dat er verder naar de afsluiting wordt toegewerkt (actieformulering in regel 14).

3.1.2. De claim van geruststelling als alternatief van wat de specialist wél kan doen

Fragment 7 (deel 3) is het vervolg van fragment 7 (deel 1 en 2) (consult 44) en laat tevens de afsluiting van het gesprek zien. In dit fragment heeft de claim van geruststelling een performatief karakter, waarbij de claim weergeeft wat de specialist *wel* kan doen (een alternatief/ contrast) op hetgeen wat de specialist niet heeft (de wonderpil). De claim van geruststelling wordt gedaan in regel 84 en leidt hier tot einde van het gesprek

Fragment 7 (deel 3) – Consult 44

77	A:	ik had u graag iets willen geven wat [alles zou]
78		verhelpen
79	P:	[((gelach))]
80	A:	maar=
81	P:	=de wonderpil bestaat nog niet
82	A:	nee (.)
83	P:	nee
84	A: →	geruststelling bij deze
85	P:	bedankt
86	A:	graag gedaan
87	P:	tot ziens FIJN weekend he
88	A:	dank u u ook

In fragment 7 (deel 3) formuleert de specialist een geruststellingsclaim met een performatief karakter (r. 84). Met deze claim reageert de specialist op de beurt van de patiënt in regel 81, waarin de patiënt een eerdere uitspraak van de arts (dat de wonderpil niet bestaat) herhaalt en daarmee accepteert. De patiënt accepteert hier dus dat de specialist verder niks voor de patiënt kan doen. De specialist bevestigt ("nee" r. 83) en voegt vervolgens toe wat hij *wel* voor de

patiënt kan doen (het bieden van geruststelling). Deze beknopte performatieve claim wordt geaccepteerd door de patiënt met een "bedankt", waarmee de geruststelling als het ware ontvangen wordt en dit leidt dan heel snel naar het terminale aangrenzende paar in regel 87 en 88. De specialist en de patiënt hebben hier dus overeenstemming bereikt over dat "geruststelling" de enige opbrengst is van het consult (dus geen behandeling, "wonderpil").

3.1.3. Overtuigen door epistemische (medische) autoriteit

Fragment 7 (deel 2) is het vervolg van de interactie in fragment 7 (deel 1), waarin de specialist begon met een eerste claim van geruststelling. In dit vervolg claimt de specialist hier zelf te zijn gerustgesteld. De specialist bewerkstelligt hier dus niet dat hij *de patiënt* kan geruststellen, maar verplaatst dit naar zijn eigen epistemische terrein. De reumatoloog stelt dat *hij/zij* zelf gerustgesteld is in regel 57.

Fragment 7 (deel 2) – Consult 44

```
57    A: → =ik ben gerustgesteld ik hoop dat ik dat over kan brengen
58    P:    JA NEE ja daar ben ik ook blij mee NAtuurlijk dat het
59          allemaal goed is verder dan eh=
60    A:    =ondanks dat het wat later was
61    P:    en dan eh, ja
62    A:    daarvoor mijn nederige excuses
63    P:    daar heb ik dat heeft u al gedaan dat is prima hoor
64          ((gelach)) ik ben het ook zo weer kwijt
65    A:    oh gelukkig
```

Deze nieuwe claim ("ik ben gerustgesteld") verschuift de focus van wat de specialist "kan" bewerkstelligen met betrekking tot geruststelling bij de patiënt naar zijn eigen epistemische terrein (r. 57). Het verschil met de claim "nou, bij deze kan ik u geruststellen" betreft het verschil in wie of wat de agensrol inneemt. Bij "ik ben gerustgesteld" zijn dit de resultaten van de onderzoeken. Het resultaat is hier namelijk het 'object' dat het initiatief neemt voor de gebeurtenis in de zin (Appel et al., 2002). Bij de vorige claim "nou, bij deze kan ik u geruststellen" is het de specialist die de rol van een agens inneemt. De semantische rollen in deze twee claims zijn dus verschillend (Appel et al., 2002). De patiënt reageert vervolgens in regel 58 op deze nieuwe claim directer en gebruikt een meer 'extreme case formulation' (Pomerantz, 1986) ("JA NEE ja daar ben ik ook blij mee NAtuurlijk") dan met de eerste claim. De patiënt lijkt hiermee de claim van geruststelling te accepteren. Echter, door het gebruik van

"NEE" in "JA NEE" zit er toch een kanttekening aan de acceptatie. De reactie van de patiënt is namelijk licht defensief en behandelt de beurt van de specialist als een soort uitdaging van zijn medische autoriteit ('ja nee als jij (de specialist dat bent) dan ben ik dat ook). Ook doordat de patiënt haar beurt eindigt met "dat het allemaal goed is verder dan eh" laat de patiënt zien niet over *alles* gerustgesteld te zijn. De claim van geruststelling wordt dus gedaan om door middel van epistemische medische autoriteit de patiënt te overtuigen dat er niks aan de hand is. De claim van geruststelling wordt hier dus gebruikt als een communicatieve handeling voor het geven van een acceptabele verklaring (of resultaat), waarmee de specialist de patiënt probeert over te halen om tot een 'collaborative interactional accomplishment' te komen.

Het probleem van de patiënt beschouwen als 'probleem van de specialist' en dat de specialist dus het probleem van de patiënt naar zijn eigen epistemische terrein verplaatst, gebeurt ook in fragment 6 van consult 44 (voorafgaand aan fragment 7). In dit fragment wordt de claim van geruststelling gedaan in regel 24 door de specialist.

Fragment 6 – Consult 44

```
20   A:    zijn we allebei blij maar dat is niet het geval
21   P:    nee nee
22   A:    ehm nou zijn er nou grote dingen die spelen; nee
23   P:    nee
24   A: →  en dat stelt mij <heel erg gerust>
25   P:    ja mij ook
26   A:    dat betekent dus niet dat u geen klachten heeft want die
27         heeft u wel
28   P:    hmm Hmm
29   A:    en dat geloof ik ook ik heb geen ENkele reden om aan uw
30         verhaal te twijfelen
31   P:    NEE d'r zijn dingen uitgesloten nu
32   A:    ja zo moet [je het zien]
```

In dit fragment behandelt de specialist het probleem van de patiënt ook als *zijn* probleem ("zijn we allebei blij…", r. 20). Ook in de beurt van de claim van geruststelling in regel 24 verplaatst de specialist de claim naar zijn eigen epistemische terrein. In regel 24 claimt de specialist dus dat hij *zelf* is gerustgesteld. "Heel erg gerust" wordt hierbij langzaam uitgesproken, wat impliceert dat de specialist meer nadruk legt op de claim van geruststelling. De specialist gebruikt de claim om de patiënt te overtuigen van de positieve resultaten (geen grote dingen die

spelen). Deze manier van overtuigen lijkt te werken, want de patiënt accepteert de claim expliciet in regel 25 ("ja mij ook"). De specialist gaat door met het aanhalen van de klachten van de patiënt, waardoor het kan lijken alsof de geruststelling en bevestiging van de patiënt niet richting afsluiting voeren, maar dit is niet het geval; er volgen nog verschillende overeenstemmingsreacties van de patiënt in het vervolg van het gesprek (zie hiervoor fragment 7). Dit betreft dus een gezamenlijke constructie van de situatie als iets positiefs.

3.1.4. Geruststelling als conclusie

Geruststellingsclaims beginnen regelmatig met "DUS", wat impliceert dat de claim wordt gepresenteerd als een soort conclusie of samenvatting die volgt op (meestal) de resultaten van het onderzoek die eerder besproken zijn. In die zin zijn claims van geruststelling "summary formulations" (Gafaranga & Britten, 2004). Fragment 2 en fragment 1 zijn hier twee voorbeelden van, waarbij de claim in fragment 2 is geformuleerd als een 'object side formulation' (n=6) en de claim in fragment 1 als een 'subject side formulation' (n=7). In fragment 2 komt een patiënt bij de neuroloog voor de uitslag van de onderzoeken vanwege de pijn in haar spieren. De claim van geruststelling is te vinden in regel 23.

Fragment 2 – consult 11

```
13   A:    maar uh::m ik zou dat NU even afwachten
14         [om e:h aanvullend]
15   P:    [JA. °'k e:h.°]
16   A:    onderzoek te doen naar [bloed]armoede.
17   P:                           [JA.]
18   A:    e:n dan afhankelijk van wat de wat de:e huisarts
19         vindt eh kunnen we u eventueel weer terugzien
20   P:    >ja.< (.) zeker.
21   A:    (.) •hh  u::hm.(0.5) [goed.]
22   P:                         [°j:↓a°]
23   A: →  DUS eig'k kan ik u:: (.) GERUSTSTELLEN.
24   P:    dat is wel fijn om te h↑oren
25         [want e:h bloede:h onderzoek]
26   A:    [heel veel bloedonderzoek is GOED,]
27   P:    ja ik was eerst eh angstig enzo °>toen dacht ik zal
28         [het dit zijn.]<° SPIEREN of dit.
29   A:    [hmm hmm]
```

30 A: ja

In regel 23 begint de specialist zijn beurt met “DUS”. De specialist benadrukt “DUS” meer, waarmee de specialist aankondigt dat er een samenvatting of conclusie volgt. “Eig'k kan ik u:: (.) GERUSTSTELLEN” wordt hiermee gepresenteerd als conclusie. De neuroloog formuleert de claim vanuit zichzelf. De claim lijkt in dit fragment gebruikt te worden om als specialist de positieve resultaten te kaderen als *zijn (de specialist)* gegeven positieve resultaten. Dit toont aan dat het medische SOLK- traject bij het specialisme van deze arts (waarschijnlijk) eindigt. In regel 24 accepteert de patiënt de claim van geruststelling, maar door “wel” lijkt de acceptatie niet met volle overtuiging over te komen. Toch geeft de patiënt in regel 27 aan dat ze eerst angstig *was*, waarmee de patiënt zegt nu niet meer angstig te zijn. Dit toont dat het geruststellen van de patiënt is ‘gelukt’ (dit geldt alleen in het gesprek, het daadwerkelijk gerustgesteld zijn van de patiënt is niet zeker te weten).

Fragment 1 toont ook dat de claim als een conclusie wordt gepresenteerd, maar is daarnaast als een ‘object side formulation’ geformuleerd. Het verschil met de claim in fragment 2 is dat de rollen van de constituenten hier geen nominale constituenten zijn (“ik” en “u”), maar adjectivische constituenten (“dat is”). Wel neemt in beide claims ‘het resultaat’ een agenspositie in. Het gesprek in dit fragment is voorafgaand het gesprek in fragment 2. De claim van geruststelling wordt gedaan in regel 8.

Fragment 1 – consult 11

1 A: dus eig↑enlijk naar mo↑gelijk zou die slijtage aan
2 de e:h onderste wervelkolom ietsje toegenomen
3 kunnen zijn
4 P: °ja ja°
5 A: dat zegt de radioloog (.) e:h maar geen aanwijzing
6 voor een ontsteking.
7 P: hmm
8 A: → DUS dat is eigenlijk GERUSTSTELLEND
9 P: ja ja dat wel
10 A: de BEkende slijtage eigenlijk [eh]
11 P: [ja:a]
12 A: °die gezien is°

In regel 8 stelt de arts de patiënt gerust door de claim te formuleren in de vorm van een object side formulation. “Dat” in regel 8 heeft hierbij betrekking op het eerdergenoemde nieuws (het resultaat) dat de specialist in dezelfde beurt naar buiten bracht (“geen aanwijzing voor een ontsteking”). Door middel van de claim van geruststelling bekrachtigt de specialist het goede nieuws. “Geruststellend” wordt daarnaast met meer nadruk uitgesproken. Hiermee benadrukt de specialist nog meer het positieve resultaat door middel van prosodie. De discourse marker “eigenlijk” zorgt er tevens voor dat het om een positieve conclusie gaat, ondanks de negatieve ontwikkelingen (de toename van de slijtage). De negatieve ontwikkelingen worden in deze claim dus indirect aangehaald, waardoor het positieve nieuws (geen aanwijzing voor een ontsteking) hierdoor minder ‘goed’ *kan* overkomen bij de patiënt. De claim toont dat alleen “dat” (geen aanwijzing voor een ontsteking) “geruststellend” is, waarmee de specialist alleen verwijst naar het resultaat. De patiënt accepteert de claim, maar laat met “dat wel” zien alleen dit resultaat te bedoelen. Met deze reactie betrekt de patiënt de geruststelling dus niet op zichzelf.

Claims van geruststelling worden altijd als een conclusie van de resultaten van de onderzoeken gepresenteerd. Door een geruststellingsclaim als conclusie te presenteren, benadrukken de specialisten het positieve resultaat van de onderzoeken. De vorm van de claim kan van invloed zijn op hoe de claim overkomt bij de patiënt. Tabel 2 geeft een overzicht weer van alle claims van geruststelling, waarin kort de positie, vorm, functie en de reactie van de patiënt staan weergegeven.

Tabel 2. Overzicht claims van geruststelling. (P) geeft aan dat de claim afkomstig is van de patient. (M) geeft aan dat de claim van een naaste of tolk van de patiënt is.

Consult	**Claim**	**Sequentie positie**	**Vorm**	**Functie**	**Reactie van de patiënt**
11	DUS dat is eigenlijk GERUSTSTELLEND	Eerste paardeel	Objectief	Het geven van een conclusie op de ‘diagnose’, waarbij de nadruk wordt gelegd op het *positieve* resultaat	Bevestigend
11.2	dus eig'k kan ik u:: (.) GERUSTSTELLEN	Eerste paardeel	Subjectief, (Transitief)	Het geven van een conclusie op het medische traject van de patiënt bij deze specialist, waarbij de nadruk wordt gelegd op het *positieve* resultaat	Bevestigend

19 (P)	ben ik ook uitgerust	Tweede paardeel	Subjectief	Bevestigende reactie op een indirecte claim van geruststelling van de specialist.	-
21 (N)	hij zegt ik ben gerustgesteld dus	Tweede paardeel	Subjectief	Het tonen van overeenstemming. Deze reactie toont namelijk dat de patiënt over alles gerustgesteld is en niet hoeft terug te komen.	-
26	En dat is altijd een geruststellende bevin↑ding	Eerste paardeel	Objectief	Het geven van een conclusie op de 'diagnose', waarbij de nadruk wordt gelegd op het *positieve* resultaat	Bevestigend
26.2 (P)	nou, dat is een eh geruststelling	Tweede paardeel	Objectief	Bevestigende reactie op een claim van geruststelling van de specialist.	-
44	en dat stelt mij <heel erg gerust>	Eerste paardeel	Subjectief, Epistemisch	De patiënt overtuigen van het positieve resultaat door middel van epistemische medische autoriteit.	Bevestigend
44.2	nou bij deze kan ik u geruststellen	Tweede paardeel	Subjectief, Performatief, (Transitief)	Een reactie op een mogelijke verklaring voor de klachten en verantwoording voor het bezoek van de patiënt.	Minimale bevestiging
44.3	=ik ben gerustgesteld ik hoop dat ik dat over kan brengen	Eerste paardeel	Subjectief, Epistemisch	De patiënt overtuigen van het positieve resultaat door middel van epistemische medische autoriteit.	Bevestigend
44.4	geruststelling bij deze	Eerste paardeel	Performatief	Een reactie op de beurt van de patiënt, waarin de patiënt een eerdere uitspraak van de arts (dat de wonderpil niet bestaat) herhaalt en daarmee accepteert. De specialist geeft hiermee aan wat wel te kunnen geven aan de patiënt (contrast).	Acceptatie

49 (P)	=oke ja nou dat is in ieder geval een geruststelling	Tweede paardeel		Bevestigende reactie op de gegeven diagnose van de specialist	-
50	dus dat is eh GERUSTSTELLEND	Eerste paardeel	Objectief,	Het geven van een conclusie op de 'diagnose', waarbij de nadruk wordt gelegd op het *positieve* resultaat	Minimale bevestiging
51	dus nou ik denk dat alle uitslagen geruststellend zijn.	Eerste paardeel	Objectief	Het geven van een conclusie op de 'diagnose', waarbij de nadruk wordt gelegd op het *positieve* resultaat	Minimale bevestiging
51.2	in ieder geval alles geruststellend	Eerste paardeel	Objectief	Het geven van een conclusie op het medische traject van de patiënt bij deze specialist, waarbij de nadruk wordt gelegd op het *positieve* resultaat	Bevestigend

3.2. Contrasteringen

In 23/25 consulten gebruikten de specialisten 39 keer een contrastformulering die een rol leek te hebben in de afsluiting van het gesprek. De contrasten vervulden verschillende functies, waarvan ik hier de drie belangrijkste bespreek: 1) aankondigen van een 'geen behandeling'-conclusie (n=13), 2) uitleggen van de behandelmogelijkheden (n=16) en 3) bevestigen dat de uitslagen goed zijn (n=9). In de fragmenten kwamen nog enkele contrasten met een andere functie voor, maar deze zijn verder niet meegenomen in de analyse. In deze paragraaf laat ik van elk een voorbeeld zien, waarbij ook de reactie van de patiënt op de beurt met de contrastformulering is geanalyseerd.

Contrastformuleringen bevinden zich in meereenhedenbeurten van artsen. Dat wil zeggen dat de beurten met contrastformuleringen uit verschillende beurtopbouweenheden bestaan (Mazeland, 2003). De beurten met contrastformuleringen vormen het eerste paardeel (nieuwsvertelling) van een aangrenzend paar (diagnose/behandelvoorstel – wel/geen acceptatie). De contrastformulering in het eerste paardeel betreft negen keer een 'geen behandeling'- conclusie, twaalf keer het uitleggen van de behandelmogelijkheden en acht keer het benadrukken van de positieve uitslagen.

3.2.1. Het aankondigen van een 'geen behandeling'- conclusie

Specialisten gebruiken contrasten om een 'geen behandeling'- conclusie aan te kondigen. Dit betekent dat de specialist concludeert dat nieuwe onderzoeken niet nodig zijn of dat hij/zij niets (meer) voor de patiënt kan doen. Een 'geen behandeling'- conclusie wordt door de specialisten op verschillende manieren geformuleerd, bijvoorbeeld door aan te geven wat de specialist wel wil, maar niet kan. Een voorbeeld hiervan is fragment 23 (consult 44), waarin de neuroloog aangeeft niet "zo'n pilletje" te kunnen geven aan de patiënt om klachten, als vermoeidheid, weg te kunnen nemen. In regel 13-15 doet de specialist de contrastformulering.

Fragment 23 – Consult 44

```
11   A:    u heeft vermoeidheid. alleen ik zou het liefst zo'n
12         pilletje hebben >dat ik kan zeggen< o:oh dit is er
13      →  aan de hand dan geef ik u hier een pil[letje]
14   P:                                          [ja,]
15   A: →  nou dat heb ik nu niet.
16   P:    nee,
```

De arts erkent in regel 11 de klacht (vermoeidheid) van de patiënt. De arts wacht niet op een reactie van de patiënt, maar breidt zijn beurt uit, waarin hij aangeeft dat er geen oorzaak te vinden is voor de klacht ("dat ik kan zeggen o:oh dit is er aan de hand") en waardoor er ook geen 'pilletje' gegeven kan worden dat ervoor kan zorgen dat de klachten overgaan (r. 11 - 13). Met de formulering "ik zou het liefst" presenteert de arts zichzelf als bereidwillig, maar beperkt is in de huidige ontwikkelde medische middelen (de realiteit). De patiënt reageert minimaal ("ja"), waarmee de patiënt ruimte laat aan de arts om zijn beurt te vervolgen. De contrastering in regel 15 geeft uiteindelijk een 'geen behandeling'- conclusie weer: "nou dat heb ik nu niet". Het gaat hier dus om het contrast tussen de wens te kunnen genezen ("ik zou het liefst zo'n pilletje hebben") en de realiteit ("dat heb ik nu niet"). "Nou" fungeert hier als modaal partikel met een versterkende functie (Fischer, 2007); het voegt niks toe aan de propositionele inhoud, maar het plaatst de handeling van de spreker (de contrastering) in een relevante context.

Het wel willen van het bestrijden van de klachten, maar dit niet kunnen, is een fenomeen dat specialisten vaker gebruiken. Wanneer specialisten aangeven iets wel te willen (zoals het willen hebben van een pil), maar dit niet te kunnen, depersonaliseren zij de behandelmogelijkheden. Het ligt niet aan de specialist dat er geen behandeling mogelijk is,

want het type behandeling bestaat gewoon niet. Het wel willen, maar niet kunnen staat dus in dienst van een 'geen behandeling'- conclusie. Anders gezegd, het contrast tussen het wel willen, maar niet kunnen, is een middel om geen behandeling voor te stellen.

Een ander voorbeeld van hoe een 'geen behandeling'- conclusie tot stand komt, is een bevestiging door de specialist dat de patiënt klachten heeft, gevolgd door de mededeling dat hier niks aan gedaan kan worden. Een voorbeeld zijn de contrasteringen in fragment 17 (consult 24). In dit fragment legt de specialist uit dat de patiënt, ondanks de klachten, zelf een weg moet vinden om ermee om te gaan (r. 15 - 17). De contrastering wordt gevolgd door een andere contrastering, namelijk het erkennen van de pijn van de patiënt, maar hier niks tegen kunnen doen ("ik heb NIET die <wonderpil>"). Dit fragment laat bovendien zien dat contrasteringen 'closure implicative' zijn. Er worden namelijk verschillende aanwijzingen gegeven dat het gesprek ten het einde loopt.

Fragment 17 – consult 24

```
1     P:    maar ik heb wel altijd A::ANgegeven ook naar de
2           operatie(.) eh:h dat ik dus aan de rechterkant meer
3           pijn had. dan dan aan de andere kant, en::n wat de
4           gynocoloog toendertijd zei van het kan omdat daar een
5           oude lidweefsel van een blindedarm zit, zei die van
6           dat die dus daar; meer gepruts op had om eh:h eruit te
7           kunnen krijgen dat het DAAR aan zou kunnen liggen;
8           (.) maar die pijn is eigenlijk nooit weg zeg maar (.)
9     A:    ja,
10    P:    als ik mij inspan; (.) dan voel ik het wel, dus ik ben
11          BANG dat die daar misschien ingekleefd is, ik weet het
12          niet?
13    A:    ja ja dat kan zeker
14    P:    ja;
15    A: →  uh::m (0.3) ((arts schrijft iets op)) >u zult toch
16          een weg moeten vinden om met deze klachten om te gaan
17      →   he?< want u heeft pijn
18    P:    ja
19    A: →  nouja ik heb NIET die <wonderpil> om [dat weg] te
20          nemen
21    P:                                          [nee]
```

22 nee

In regel 10-11 spreekt de patiënt haar angst uit (“dus ik ben BANG dat”) over een mogelijke verklaring van haar klachten. Met de beurtafsluiter “ik weet het niet?” vraagt ze om een reactie van de specialist. De specialist erkent de mogelijkheid van verkleving (‘inkleving’) maar de modaliteit van “kan” suggereert dat dit slechts een optie is. De “ja” (r. 14) van de patiënt lijkt hier om uitbreiding van dit antwoord te vragen door de stijgende intonatie. De arts houdt ook de beurt (r. 15), maar gaat niet door op de mogelijke verklaring. In plaats daarvan vervolgt ze haar beurt met een ‘geen behandeling’- conclusie in de vorm van een contrast (“toch”). De beurt in regel 15 is dus een schakelpunt tussen de fase van het bespreken van een mogelijke oorzaak en het bespreken van de behandelmogelijkheden. De contrastering zorgt hier dus voor de overschakeling naar een andere fase, die meer in richting van het einde van het gesprek gaat. Anders gezegd, dit soort contrastformuleringen zijn ‘closure implicative’. Deze contrastering impliceert dat de specialist niks voor patiënt kan doen. Ondanks onzekerheid over de oorzaak, geeft de specialist aan dat er niks aan de klachten van de patiënt gedaan kan worden. De tag “he”, een responsuitlokker (Mazeland, 2003) (r. 17) vraagt om instemming van de patiënt. Daarop wacht de arts niet; ze breidt het aankondigen van deze vervolghandeling uit met een account (“want”, r. 17), waarin opnieuw een contrastformulering zit. De arts erkent dat de patiënt pijn heeft en dit wordt afgezet tegen het feit dat er geen behandeling tegen bestaat (“wonderpil”). De woordkeus “wonderpil” is markant; inherent aan een wonder is dat het niet reëel is en dus niet verwacht mag worden. Deze woordkeus legitimeert dus dat er geen behandeling mogelijk is. De patiënt stemt hiermee in, in zoverre dat hij meegaat met dat de arts geen wonderpil heeft (“nee nee”). Dit type contrast wordt dus gekenmerkt door in de eerste plaats een erkenning van de klachten; het verhaal van de patiënt wordt niet in twijfel getrokken. Vervolgens wordt dit gecontrasteerd met iets anders, namelijk dat er niets aan die klachten te doen is, oftewel de ‘geen behandeling’- conclusie (“NIET die wonderpil”, r. 19). De nadruk op “NIET” versterkt het contrast. Door het gebruik van deze contrastering maakt de specialist duidelijk dat hij de patiënt *niet* kan helpen zonder te suggereren dat de patiënt zich aanstelt of zich iets inbeeldt.

Een ‘geen behandeling’- conclusie betekent dat de specialist aangeeft niks meer voor de patiënt te kunnen doen. Dit lijkt een moeilijk punt om tot overeenstemming te komen met de patiënt. De minimale reacties van de patiënt, welke dus ook steeds een minimale acceptatie zijn op de conclusie, laten dus zien dat de patiënt niet geheel het contrast ‘accepteert’. Toch blijkt

deze minimale acceptatie van de patiënt genoeg te zijn om voor de specialist door te gaan met gesprek (richting de afsluiting).

3.2.2. Aankondigen/ adviseren van vervolghandelingen

In plaats van een 'geen behandeling'- conclusie functioneren contrasteringen soms ook juist als een manier om vervolghandelingen aan te kondigen (n=13). Voorbeelden van vervolghandelingen zijn: het aankondigen van een vervolgbezoek, een uitnodiging om bloed te laten prikken, het terugverwijzen van de patiënt naar de huisarts of over het verwijzen van de patiënt naar een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut. Dit laatste zien we in fragment 12 (regel 8, 16, 17). In dit fragment is de patiënt bij de neuroloog (A) vanwege zijn bloeddruk en pijn in zijn schouders en nek. De patiënt wordt vergezeld door zijn vrouw en een tolk (V).

Fragment 12 – Consult 4

1	A:	hangt ook tegenwoordig een beetje van uw[verzekering]
2		af
3	V:	[ja precies.]
4	A:	of het vergoed wordt (.) dus uh:hm maar gewoon wat u
5		praktisch moet weten- >kijk als het dit soort
6		klachten< zijn >dan zullen we een keer de neuroloog
7		( )< dan kunnen we allerlei opnieuw grote onderzoeken
8	→	gaan doen. maar dan verwacht ik dan niet dat er dan
9		nu nieuwe dingen gaan uitkomen terwijl het dan toch
10		gewoon de spieren zit (.) dus dan uh:hm wat u zou
11		kunnen doen is >eigenlijk even tegen de huisarts
12		vragen om gewoon eens even een keer< kortdurend (.)
13		bij de fysiotherapeut om te kijken of er bepaalde
14		SPIERoefeningen zijn die u gewoon DAGElijks moet doen
15		waardoor dat allemaal LOS blijft zitten daar heeft u
16	→	eigenlijk het meest praktisch aan. dan u:hm allemaal
17	→	nieuwe scans of nieuwe CT's. (.)
18	V:	((praat tegen patiënt in andere taal))
19	A:	JA?
20	A:	maar vraag ook een naar of u het wel vergoed krijgt
21	V:	ja ja:a ((gelach))

De meereenhedenbeurt van de specialist bestaat uit een langere discourse unit en eindigt in regel 17. De specialist begint na een micropauze met “dus…”, wat een ‘formulation’ projecteert. Hierna volgt een actieformulering “maar gewoon wat u praktisch moet weten” (r. 4 en 5) die uiteindelijk wordt afgebroken (r. 5). De specialist begint een nieuwe *turn constructional unit* (TCU) (r. 5) met “kijk”, wat impliceert dat er een uitleg (in plaats van een actieformulering) volgt. Vervolgens geeft de specialist aan wat er allemaal gedaan zou kunnen worden (r. 6 en 7). Doordat de specialist eerst aangeeft dat grote onderzoeken gedaan *kunnen* worden, legt hij de keuze voor een vervolghandeling bij de patiënt. De contrastering in regel 8 (“maar”) geeft vervolgens aan dat deze keuze niet de beste keuze is. Het contrast wordt hier dus gebruikt om tegen een *mogelijke* keuze van de patiënt voor een vervolghandeling te adviseren. In regel 10 begint de specialist opnieuw een beurt met “dus”, wat impliceert dat er alsnog een samenvatting of conclusie volgt. Deze heeft betrekking op wat de patiënt *wel* kan doen (de huisarts vragen om een verwijzing naar een fysiotherapeut). De specialist bekrachtigt het advies voor de vervolghandeling door de formulering “daar heeft u eigenlijk het meest praktisch aan”. In regel 16 volgt opnieuw een contrastering in de vorm van een ontkenning van het tegenovergestelde. De inhoud van dit contrast is hetzelfde als het voorgaande contrast, waarmee nogmaals het advies van de specialist wordt benadrukt. Beide contrasteringen worden hier dus gebruikt om de patiënt te adviseren over de behandelmogelijkheden.

In bijna alle gevallen gebruikt de arts de contrastformulering om aan te geven dat de mogelijkheden voor nieuwe onderzoeken bij hem/haar uitgeput zijn, maar in een enkel geval betreft het een contrast tussen een vervolgonderzoek naar de oorzaken van de klachten en de verwachting van de specialist dat daar niets van te verwachten valt. Deze contrastering laat hier dus zien dat specialisten ook vervolghandelingen aankondigen, ondanks dat de specialist hier niets van verwacht.

3.2.3. Benadrukken dat de uitslagen goed zijn

Naast het aankondigen van vervolghandelingen worden contrasteringen ook ingezet om een bevestiging te geven dat de uitslagen, van de eerder plaatsgevonden onderzoeken, goed zijn. De functie van dit contrast is het benadrukken van de positieve uitslagen van de onderzoeken in contrast met het hebben van geen verklaring voor de klachten. Dit type contrast heeft eenzelfde functie als die claims van geruststelling hebben, geformuleerd door de specialist. Een voorbeeld van zo’n contrastering is fragment 13 (consult 6). De patiënt is in dit consult in

gesprek met een neuroloog in verband met hoofdpijn en pijn in de handen en rug. De contrastering wordt gedaan in regel 10 - 13.

Fragment 13 – Consult 6

6	A:	maar we hebben als we u nakijken HELEMAAL GEEN
7		verdenking dat er iets mis is met de hersenen; of met
8		de zenuwen.
9	P:	oke
10	A: →	dus waar die pijnen vandaan komen(.) weet ik niet
11		precies
12	P:	oke
13	A: →	MAAR gelukkig in ieder geval niet iets ernstigs, in
14		zenuw of hersenen
15	P:	oke

In regel 6 formuleert de arts een eerste contrast met de voorgaande informatie (niet weergegeven in het fragment). Dit contrast laat ik hier buiten beschouwing, aangezien het niet gaat over het bevestigen van de ‘goede’ uitslagen. In regel 6 tot en met 11 legt de arts uit dat er geen verklaring gevonden kan worden voor de klachten (“pijnen”) van de patiënt. De arts legt nadruk op “HELEMAAL GEEN”, waarmee hij het resultaat van de onderzoeken als zeker en definitief presenteert. Er volgt een minimale continueerder van de patiënt (“oke”, r. 9). De specialist vervolgt in regel 10 zijn beurt door nogmaals te benoemen dat er geen verklaring gevonden kan worden (“waar die pijnen vandaan komen; weet ik niet precies”). De contrastering in regel 13 is een conclusie uit, of samenvatting van, voorgaande informatie dat het resultaat ‘goed’ is (“gelukkig niet iets ernstigs”). Deze contrastering lijkt als een ‘concession’ geformuleerd (Busquets, 2007). Dit houdt in dat het contrast als een reden of argumentatief kan worden neergezet om de voorgaande informatie (het niet weten waar de ‘pijnen’ vandaan komen) te verzachten. Busquets (2007) omschrijft een ‘concession’ dan ook als een relatie tussen twee paren die ‘mislukt’ is, vanwege de eerdere verwachtingen. De specialist legt daarnaast op de contrastmarker “MAAR” meer nadruk, wat impliceert dat de eerdergenoemde informatie (geen verklaring voor de klachten) als minder belangrijk ‘kan’ worden beschouwd. De functie van de contrastering hier is dus om het goede nieuws van de resultaten van de onderzoeken te benadrukken en daarmee het ontbreken van een verklaring naar de achtergrond te verplaatsen.

Contrasteringen die worden gebruikt om het goede nieuws van de resultaten te benadrukken, worden op verschillende manieren geformuleerd. Het hier bovengenoemde contrast ging over het vinden van geen verklaring versus het benadrukken van de goede uitslagen ("niet iets ernstigs"). Dit type contrast wordt ook gebruikt om eerst het (mogelijke) negatieve nieuws te vermelden om vervolgens het goede nieuws te vermelden. Fragment 14 (consult 11) is hiervan een voorbeeld (eerder getoond als fragment 1). Dit toont aan dat dat dit type contrast eenzelfde functie kan hebben als die van claims van geruststelling. In dit fragment komt een patiënt bij de neuroloog voor de uitslag van de onderzoeken vangwege de pijn in haar spieren. De contrastering wordt gedaan in regel 1-5.

Fragment 14 – Consult 11

```
1    A: → dus eig↑enlijk naar mo↑gelijk zou die slijtage aan
2         de e:h onderste wervelkolom ietsje toegenomen
3         kunnen zijn
4    P:   °ja ja°
5    A: → dat zegt de radioloog (.) e:h maar geen aanwijzing
6         voor een ontsteking.
7    P:   Hmm
8    A:   DUS dat is eigenlijk GERUSTSTELLEND
9    P:   ja ja dat wel
10   A:   de BEkende slijtage eigenlijk [eh]
11   P:                                 [ja:a]
12   A:   °die gezien is°
```

In regel 1 geeft de arts een mogelijke verklaring voor de klachten van de patiënt (de slijtage). Door de formulering "mogelijk" presenteert de arts deze verklaring als mogelijk maar onzeker. De patiënt beperkt zich in regel 4 tot een minimale zacht uitgesproken reactie ("ja ja"). De arts zet hierop haar beurt voort met "dat zegt de radioloog" (r. 5). Door deze formulering lijkt de arts zichzelf in een bepaalde positie te plaatsen, waarbij hij duidelijk maakt dat het negatieve resultaat (de toegenomen slijtage) niet zijn conclusie is, maar die van de radioloog. De "e:h" zorgt voor meer beurtruimte bij de arts, waarna zij vervolgens een contrastering ('concession') formuleert op dit resultaat ("maar geen aanwijzing voor een ontsteking"). De contrastering benadrukt hier dus wederom het goede nieuws van de resultaten van de onderzoeken. Dit is de opmaat naar de concluderende claim van geruststelling (r. 8).

4. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om met behulp van een conversatieanalyse in kaart te brengen welke manieren specialisten gebruiken om het einde van het medische traject aan te kondigen. Uit deze conversatieanalyse is gebleken dat twee fenomenen een belangrijke rol spelen bij het afsluiten van het gesprek en tevens het medische traject bij deze specialist, namelijk: claims van geruststelling en contrasteringen.

Zowel claims van geruststelling als contrasteringen worden door specialisten gebruikt als pre-closing handelingen. De claims en de contrasteringen zijn namelijk vaak de schakeling tussen de ene fase (diagnosestelling) en de andere fase (behandelmogelijkheden en afsluiting). Dit betekent dat deze fenomenen helpen bij het beëindigen van een fase en dus 'closure implicative' zijn.

Uit de analyse is daarnaast gebleken dat claims van geruststelling verschillende functies kunnen hebben, waarbij de volgende functies het meest voorkwamen: de claim van geruststelling als alternatief (een contrast) bieden van wat de specialist wél kan doen en het overtuigen van de patiënt door epistemische medische autoriteit. De claims waren hierbij meestal een conclusie op de 'diagnose' (meestal geen of maar een gedeeltelijke verklaring) of een conclusie op het gehele doorlopen medische SOLK-traject. Met deze conclusie benadrukken de specialisten het positieve resultaat van de onderzoeken. Claims van geruststelling werden ook gedaan door patiënten. De claims waren hier altijd een bevestigende reactie op een claim of indirecte claim van geruststelling door de specialist. De reacties van de patiënt waren vaak (minimaal) bevestigend, wat inhoudt dat de patiënten geen weerstand boden en het eens waren met dit resultaat. Een geruststellingsclaim geformuleerd door de patiënt is een expliciete vorm van het bereiken van een 'collaborative interactional accomplishment'. Kortom, specialisten gebruiken claims van geruststelling om uiteindelijk tot overeenstemming te komen met de patiënt over het resultaat van de onderzoeken.

Het tweede fenomeen dat een belangrijke rol speelt bij het tot overeenstemming komen met de patiënt is het gebruik van contrasteringen ten behoeve van de afsluiting van het gesprek/traject. Contrasteringen worden net als claims van geruststelling gebruikt om een overgang te maken naar een volgende fase, vaak de fase over de behandelmogelijkheden. Ten eerste gebruiken specialisten contrasteringen om een 'geen behandeling'- conclusie aan te kondigen. De specialist geeft hiermee aan niks voor de patiënt meer te kunnen doen. Dit wordt door specialisten op verschillende manieren geformuleerd, zoals het aangeven wat de specialist wel wil, maar niet kan. De specialist depersonaliseert daarmee de behandelmogelijkheden door

de patiënt te wijzen op de ‘realiteit’ (de patiënt iets geven, zoals een ‘pil’ is niet mogelijk). Een andere manier van formulering betreft het aangeven de patiënt niet te kunnen helpen, zonder te suggereren dat de patiënt zich aanstelt. Een tweede type contrast wordt door specialisten gebruikt om patiënten te adviseren over de vervolghandelingen (behandelmogelijkheden). Het contrast bestaat dan uit ‘geen nieuwe onderzoeken’ versus ‘de vervolghandelingen’ (wat kan wel?). Voorbeelden van vervolghandelingen zijn: verwijzen van de patiënt naar de huisarts, aankondigen van een vervolgbezoek (voor bijvoorbeeld bloedprikken) en het verwijzen van de patiënt naar een andere specialist. In een enkel consult wilde de arts, ondanks de lage verwachtingen voor een nieuw onderzoek, wel dit laatste onderzoek uitvoeren. Met het derde type contrast benadrukken specialisten dat de uitslagen van de onderzoeken goed zijn, waarbij het ontbreken van een verklaring naar de achtergrond wordt geplaatst. De functie van dit contrast is dus vergelijkbaar met de functie die claims van geruststelling hebben, namelijk het benadrukken van het goede nieuws van de resultaten van de onderzoeken. Daarnaast bleken ook de reacties van de patiënten op de contrasteringen minimaal. Het bleek voornamelijk om continueerders of nieuwsbevestigers te gaan. De patiënten lijken hierdoor dus mee te gaan met de handeling die het contrast aanduidt. Er wordt geen tegenspraak gegeven vanuit de patiënt, waardoor de afsluiting van het gesprek volgt.

5. Discussie

Onder andere Burton et al. (2010) en Van Ravesteijn et al. (2012) gaven in hun eerdere onderzoeken aan dat het SOLK-traject vaak een langdurig traject is, waarbij er hoge kosten gemaakt worden. Deze hoge kosten zouden voornamelijk te maken hebben met het doorverwijzen van de patiënt naar de huisarts of een andere specialist. De bevindingen uit dit onderzoek bevestigen dat het doorverwijzen van de patiënt regelmatig gebeurt. Contrasteringen, welke dus door specialisten worden gebruikt als een pre-closinghandeling, hebben namelijk onder andere een functie van het aankondigen en adviseren van vervolghandelingen. Specialisten beperken zich tot hetgeen wat zij de patiënt kunnen bieden. Het aankondigen van de vervolghandeling ging met name over hoe de klachten van de patiënt verminderd kunnen worden en dus niet, zoals Van Ravesteijn et al. (2012) concluderen, over het hopelijk toch nog kunnen vinden van een verklaring. Een reden voor het doorverwijzen van de patiënt naar bijvoorbeeld een huisarts kan ermee te maken hebben dat specialisten de symptomen van de patiënten erkennen en zij een vervolghandeling zien als een oplossing om tot overeenstemming te komen met de patiënt. Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek (Gask et

al., 2011) dat psychosociale klachten vaak een oorzaak kunnen zijn voor de klachten van SOLK-patiënten. Het doorverwijzen van de patiënt naar een psycholoog is dan ook keuze die logischerwijs volgt.

Daarnaast heeft dit onderzoek aangetoond dat claims van geruststelling door specialisten gebruikt worden als een manier om overeenstemming te bereiken met de patiënt. Eerdere onderzoeken laten zien dat geruststelling bij de patiënt niet altijd effectief is (Mayou, 1976; Fitzpatrick & Hopkins, 1981; Dowrick et al., 2004). Het geruststellen van de patiënt gebruiken als een manier om te zorgen dat de patiënt niet meer terugkomt, blijkt dus niet altijd een oplossing te zijn die werkt. Zo zou het geruststellen van de patiënt alleen mogelijk zinvol zijn wanneer de specialist op de hoogte is van de angsten van de patiënt en hier ook op inspeelt tijdens het gesprek. Het bereiken van overeenstemming is een 'collaborative interactional accomplishment'. Uit de analyse van mijn onderzoek bleek dat de patiënt vaak met minimale bevestigende reacties reageerde op de geruststellingsclaim van de specialist, waardoor er gesuggereerd kan worden dat een collaborative interactional accomplishment is bereikt. Toch betekent dit niet dat dit ook is wat de patiënten *zelf* ervaren. Een geruststellingsclaim vanuit de specialist biedt namelijk niet de garantie dat de patiënt en specialist ook zelf gerustgesteld zijn. De specialist ziet de minimale bevestigende reacties van de patiënt als een teken dat hij verder kan gaan richting de afsluiting van het gesprek. Er wordt door de specialist niet altijd specifiek doorgevraagd naar de angsten van de patiënt, waardoor er een aannemelijke kans bestaat dat de patiënt niet geheel gerustgesteld is en toch nog op een ander moment terugkomt. Aangezien dit onderzoek een conversatieanalyse betreft, weten we alleen hoe het claimen van geruststelling interactioneel werkt. Een ander type onderzoek (survey of kwalitatief door middel van interviews) is nodig om achter de psychologische redenen te komen.

Uit het onderzoek van Dowrick et al. (2004) bleek daarnaast dat geruststelling op basis van klinische kennis geen effect te hebben op de gemoedstoestand van de patiënt. Uit de analyse van de contrasteringen is gebleken dat contrasteringen door specialisten worden ingezet om de patiënt te overtuigen van de goede resultaten door middel van epistemische medische autoriteit. Interactioneel gezien lijkt dit te werken, aangezien uit de analyse is gebleken dat dit tot acceptatie heeft geleid bij de patiënt. Monzoni & Reuber (2015) benoemen ook dat artsen mogelijke problemen van de patiënt aanhalen bij het (her)presenteren van een (non)diagnose. Dit komt overeen met de resultaten van dit onderzoek waarin specialisten ook de problemen van de patiënt opnieuw aanhalen. Door deze erkenning toont de specialist begrip, wat de kans vergroot dat er sneller overeenstemming wordt bereikt met de patiënt. Eenzelfde functie heeft ook de contrastering waarmee artsen een 'geen behandeling'- conclusie aankondigen. Hierbij

gaven specialisten namelijk aan niks meer voor de patiënt te kunnen doen, waarbij de specialist de klachten van de patiënt *wel* erkent. Patiënten maken zich namelijk zorgen dat zij als 'malingerers' bestempeld worden (Burbaum et al., 2010) of dat specialisten denken dat klachten van de patiënten 'in hun hoofd' zitten (Ding & Kanaan, 2016; De Ruddere & Craig, 2016). Door het erkennen van de symptomen laten specialisten zien dat zij de klachten van de patiënten serieus nemen.

Contrasten die een 'geen behandeling'- conclusie aankondigen hebben daarnaast veelal de vorm van iets wel willen, maar niet kunnen. Door deze formulering depersonaliseren specialisten de behandelmogelijkheden. Een contrast geformuleerd als een 'object side formulation' heeft ook eenzelfde functie. Het zorgt ervoor dat de verklaring die gegeven wordt in het contrast, buiten het bereik van het oordeel van de specialist blijft. Eerder geschreven literatuur geeft ook aan dat artsen vaak een afstandelijke houding aannemen, maar dan met de reden dat de specialist in staat is om toekomstige moeilijke onderwerpen te benoemen en patiënten zo de ruimte krijgen om onenigheid te tonen (Monzoni & Reuber, 2015; Roberts & Kramer, 2014). Echter, het gebruik van 'object side formulations' lijkt bij het formuleren van een contrastering niet de meest efficiënte manier om tot overeenstemming te komen. Door de formulering "dat is geruststellend", betrekt de specialist de claim op één specifieke toestand. De claim van geruststelling lijkt hier dus geen zekerheid te geven over dat *alle* onderzoeken geruststellend zijn.

Kortom, claims van geruststelling en contrasteringen worden dus veelvoudig gebruikt om patiënten te overtuigen van de goede resultaten, implicerend dat er niks met de patiënt aan de hand is. Dit wordt overigens door de specialist vaak maar met weinig woorden gedaan en ook het expliciet vragen naar de mening van de patiënt gebeurt vrijwel niet. Beide fenomenen worden deels met dezelfde functie gebruikt en worden ook gecombineerd. Blijkbaar zijn specialisten tot de laatste fase van het consult bezig om de patiënt te overtuigen van de positieve resultaten. Claims van geruststelling en contrasteringen worden namelijk aan het einde van het consult, in de overgang van de diagnose naar het bespreken van behandeling en de afsluiting, ingezet. Zowel claims van geruststelling als contrasteringen blijken '*closure implicative'* te zijn en worden daarnaast gebruikt om overeenstemming te bereiken met de patiënt. Bij beide fenomenen bleken de reacties van de patiënt minimaal. Niet alle reacties waren expliciet accepterend ("ja ja nou ja"), maar uiteindelijk gingen de patiënten wel mee met de specialist. Een onzekere reactie van de patiënt zorgde ervoor dat de specialist de claim nogmaals op een andere manier deed (fragment 7 van consult 44), waarna de patiënt alsnog meeging met de

conclusie van de specialist. De patiënt vraagt de specialist met een minimale reactie indirect om de beurt (vaak over een vervolghandeling) verder uit te breiden. Ondanks de minimale recipiënt-reacties van patiënten kunnen deze reacties wel gezien worden als een indirecte vorm van acceptatie op de handeling (claim van geruststelling of contrastering) van de specialist. De twee fenomenen lijken dus een techniek die bij uitstek geschrikt is in deze fase van het gesprek, aangezien specialisten de patiënt hierbij nauwelijks nodig hebben. De overeenstemming wordt dus relatief makkelijk bereikt.

5.1. Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo bleek in een aantal consulten de patiënt een taalbarrière te hebben, dat wil zeggen dat deze patiënten niet of nauwelijks de Nederlandse taal beheersen. Soms werd er op het Engels overgegaan, hoewel dit niet gebeurde in de hier besproken fragmenten. Het bespreken van de behandelmogelijkheden vond in elk consult (op één na) plaats in het Nederlands. De patiënten zonder tolk, die wel (een beetje) Engels spraken, zouden misschien anders op de claims van geruststelling en de contrasteringen gereageerd hebben als ze in hun moedertaal hadden gesproken. De minimale reacties van patiënten kunnen dus mogelijk mede verklaard worden door de taalbarrière van de patiënten.

Een andere beperking is dat de data mogelijk verouderd zijn, aangezien de video's opgenomen zijn in 2015. Mogelijk is er op het gebied van patiëntparticipatie en gedeelde besluitvorming de afgelopen jaren veel veranderd. Gesprekken met 'de SOLK-patiënt van 'nu' kunnen daardoor anders verlopen dan de geanalyseerde gesprekken.

Verder is een beperking dat voornamelijk de verbale uitingen van de specialisten en de patiënten zijn geanalyseerd. Non-verbale reacties, zoals moeilijk of verbaasd kijken, kunnen een hele andere betekenis geven aan hoe er op een beurt van de ander wordt gereageerd. Een claim van geruststelling door de specialist kan bijvoorbeeld een reactie zijn geweest op een non-verbale uiting van de patiënt. De functie van de claim zou hierdoor een andere betekenis krijgen.

De focus van dit onderzoek lag dus voor het grootste deel op de verbale handelingen die de specialist deed om tot einde van het gesprek te komen. Een andere beperking is dus dat de rol van de patiënt alleen minimaal is meegenomen, doordat alleen de reacties van de patiënt op de handelingen van de specialist zijn geanalyseerd.

5.2. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Toekomstig onderzoek kan verder ingaan op specifiek de rol van de patiënt tijdens de afsluiting van het gesprek/ medische traject. Een van de beperkingen was de focus op de handelingen van de specialist, waardoor alleen gedeeltelijk de reacties van de patiënt zijn meegenomen. Aangezien uit dit onderzoek is gebleken dat de reacties van de patiënten op de verbale handelingen van de specialist minimaal zijn, is het interessant om te onderzoeken hoe hoog de patiëntparticipatie is bij het einde SOLK-consulten en hoe dit eventueel verbeterd kan worden.

In dit huidige onderzoek is daarnaast voornamelijk de verbale kant van de interactie geanalyseerd. Toekomstig onderzoek zou ook de non-verbale handelingen van de patiënt en de arts moeten analyseren. Hiervoor zouden nieuwe video-opnamen gemaakt moeten worden, waarop alle deelnemers goed zichtbaar zijn.

Een derde aanbeveling betreft een herhaling van het huidige onderzoek, maar dan met vernieuwde data, aangezien de data van dit huidige onderzoek uit 2015 komt. Dit huidige onderzoek toont twee belangrijke fenomenen die een rol blijken te spelen bij de afsluiting van een gesprek. Bij het fenomeen ‘claims van geruststelling’ zijn alleen de expliciete uitingen van geruststelling meegenomen. Indirecte claims, zoals ‘u hoeft zich geen zorgen te maken’ zijn niet meegenomen. Ook bij het fenomeen ‘contrasteringen’ zijn een aantal contrasten, welke een andere functie vervullen, niet meegenomen. Ter aanvulling op dit onderzoek kunnen ook deze overige aspecten meegenomen worden. Het meenemen van deze aspecten zouden de bevindingen van dit onderzoek kunnen ondersteunen en hiermee verduidelijken.

5.3. Praktijkaanbevelingen

De resultaten uit dit onderzoek kunnen bijdragen bij het helpen verbeteren van de arts-patiënt communicatie met SOLK-patiënten. Specialisten zijn zich lang niet altijd bewust van hun communicatie-uitingen, waardoor gedetailleerde analyses van de transcripten van de consulten laten zien hoe de interactie werkt en waardoor de specialist dus kan reflecteren op zichzelf. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten minimaal participeren in de laatste fase van het consult. Hieruit blijkt dat meer aandacht rondom actieve patiëntparticipatie een advies kan zijn om te implementeren in de communicatietrainingen van specialisten.

Claims van geruststelling en contrasteringen blijken geslaagde middelen om tot een afsluiting van een gesprek te komen. Een minimale acceptatie van de patiënt is voor de specialist blijkbaar genoeg om door te gaan met het afsluiten van het gesprek. Interactioneel gezien, lijkt het bereiken van overeenstemming hier relatief eenvoudig. Deze bevinding geeft

specialisten dus het inzicht wat interactioneel gezien werkt om tot overeenstemming te komen. “Geruststelling bij deze” – een claim die grammaticaal gezien niet klopt, maar interactioneel dus wel werkt.

6. Literatuurlijst

Aiarzaguena, J. M., Gaminde, I., Clemente, I., & Garrido, E. (2013). Explaining medically unexplained symptoms: Somatizing patients' responses in primary care. *Patient Education and Counseling, 93*(1), 63-72. doi:10.1016/j.pec.2013.05.013

Appel, R., Baker. M, Hengeveld, K., Kuiken, F & Muysken, P. (2002). *Taal en taalwetenschap*. Blackwell.

Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1990). Patient Information-Seeking Behaviors When Communicating With Doctors. *Medical Care, 28*(1), 19–28. doi:10.1097/00005650-199001000-00004

Blasi, Z. D., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *The Lancet, 357*(9258), 757–762. doi:/10.1016/s0140-6736(00)04169-6

Burbaum, C., Stresing, A.-M., Fritzsche, K., Auer, P., Wirsching, M., & Lucius-Hoene, G. (2010). Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? *Patient Education and Counseling, 79*(2), 207–217. doi:10.1016/j.pec.2009.09.043

Busquets, J. (2007). Discourse Contrast: Types and Tokens. In Aurnague, M., Korta K. & Larrazabal J. M. (Red.), *Language, Representation and Reasoning: Memorial Volume to Isabel Gómez Txurruka,* 103-123. Bilbao: University of Basque Country Press, Geraadpleegd op 10 mei 2021, van https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01578829/document

Bybee, J. L., & Fleischman, S. (1995). *Modality in Grammar and Discourse*. J. Benjamins.

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

Burton, C., McGorm, K., Richardson, G., Weller, D., & Sharpe, M. (2012b). 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*(3), 242–247. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.12.009

Creed, F., Henningsen, P., & Fink, P. (2011). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress (Developing Better Clinical Services)* (1ste editie). Cambridge University Press.

De Ruddere, L., & Craig, K. D. (2016). Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain, 157*(8), 1607–1610. doi:10.1097/j.pain.0000000000000512

Ding, J. M., & Kanaan, R. A. A. (2016). What should we say to patients with unexplained neurological symptoms? How explanation affects offence. *Journal of Psychosomatic Research, 91*, 55–60. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.012

Dowrick, C. F., Ring, A., Humphris, G. M., & Salmon, P. (2004). Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 54*(500), 165–170.

Edwards, D., & Potter, J. (2017). Some uses of subject-side assessments. *Discourse Studies, 19*(5), 497–514. doi:10.1177/1461445617715171

Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental health in family medicine, 7*(4), 209–221.

Fischer, K. (2007). Grounding and Common Ground: Modal Particles and their Translation equivalents. *Lexical Markers of Common Ground*, 47-66. Pergamon Press.

Fitzpatrick, R. (1996). Telling patients there is nothing wrong. *BMJ, 313*(7053), 311–312. doi:10.1136/bmj.313.7053.311

Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (1981). Referrals to neurologists for headaches not due to structural disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 44*(12), 1061–1067. doi:10.1136/jnnp.44.12.1061

Fraser, B. (1999). What are discourse markers? *Journal of Pragmatics, 31*(7), 931–952. doi:10.1016/s0378-2166(98)00101-5

Gafaranga, J., & Britten, N. (2004). Formulation in general practice consultations. *Text,* (2), 147-170. doi: 10.1515/text.2004.006

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*, 1 – 21. Cambridge, VK: Cambridge University Press.

Gask, L., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., & Morriss, R. (2011). Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research, 71*(5), 325–334. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.05.008

Ijäs-Kallio, T., Ruusuvuori, J., & Peräkylä, A. (2010). Patient resistance towards

diagnosis in primary care: Implications for concordance. Health: An Interdisciplinary *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 14*(5), 505–522. doi:10.1177/1363459309360798

Isaac, M. L., & Paauw, D. S. (2014). Medically Unexplained Symptoms. *Medical Clinics of North America, 98*(3), 663–672. doi:10.1016/j.mcna.2014.01.013

Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. *Conversation Analysis,* 13–31. doi:10.1075/pbns.125.02jef

Kathol, R. G. (1997). Reassurance Therapy: What to Say to Symptomatic Patients with Benign or Non-Existent Medical Disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 27*(2), 173–180. doi:10.2190/kbcc-pdrc-w93l-870j

Kessel, N. (1979). REASSURANCE. *The Lancet, 313*(8126), 1128–1133. doi:10.1016/s0140-6736(79)91804-x

Mayou, R. (1976). The Nature of Bodily Symptoms. *British Journal of Psychiatry, 129*(1), 55-60. doi:10.1192/bjp.129.1.55

Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho. doi: 10.13140/RG.2.1.3639.5362

McGorm, K., Burton, C., Weller, D., Murray, G., & Sharpe, M. (2010). Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern. *Family Practice, 27*(5), 479–486. doi:10.1093/fampra/cmq053

Monzoni, C. M., Duncan, R., Grünewald, R., & Reuber, M. (2011). 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 Education and Counseling, 85*(3), e189–e200. doi:10.1016/j.pec.2011.07.014

Monzoni, C. M., & Reuber, M. (2015). Linguistic and interactional restrictions in an outpatient clinic. *Producing and Managing Restricted Activities,* 239–270. doi:10.1075/pbns.255.08mon

Nettleton, S., Watt, I., O'Malley, L., & Duffey, P. (2005). Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Patient Education and Counseling, 56*(2), 205-210. doi:10.1016/j.pec.2004.02.010

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., Woutersen-Koch, H., & Van der Horst, H. E. (2013). Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *British Journal of General Practice, 63*(617), 625–626. doi:10.3399/bjgp13x675241

Pander Maat, H., Driessen, C., & Mierlo, H. van (1986). NOU: Functie, contexten, vorm en betekenis. *Interdisciplinair Tijdschrift voor Taal- & Tekstwetenschap, 6*(2), 179-194

Peräkylä, A. (2002). Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. *Research on Language & Social Interaction, 35*(2), 219–247. doi:10.1207/s15327973rlsi3502_5

Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowrick, C., Towey, M., Clifford, R., & Morriss, R. (2008). What Do Patients Choose to Tell Their Doctors? Qualitative Analysis of Potential Barriers to Reattributing Medically Unexplained Symptoms. *Journal of General Internal Medicine, 24*(4), 443–449. doi:10.1007/s11606-008-0872-x

Pomerantz, A. (1986). Extreme case formulations: A way of legitimizing claims. *Human Studies, 9*(2–3), 219–229. doi:10.1007/bf00148128

Ring, A., Dowrick, C. F., Humphris, G. M., Davies, J., & Salmon, P. (2005). The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Social science & medicine, 61(7), 1505-1515. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.014

Roberts, F., Kramer, J.S. (2014). Medication and morality: Analysis of medical visits to address chronic pain H. Hamilton, W.S. Chou (Eds.), *Handbook of Language and Health Communication, Routledge, New York*, 477-489

Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. Language, 50(4), 696–735. doi:10.1353/lan.1974.0010

Salmon, P., Dowrick, C. F., Ring, A., & Humphris, G. M. (2004). Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 54*(500), 171–176.

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.

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

Schegloff, E., & Sacks, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica, 8*(4), 289–327. doi: 10.1515/semi.1973.8.4.289

Stortenbeker, I.A., Stommel, W.J.P., Dulmen, S. van, Lucassen, P.L.B.J., Das, E. & Olde Hartman, T.C. (2020). Linguistic and interactional aspects that characterize consultations about medically unexplained symptoms: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 132:109994. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.109994

Van Braak, M., Huiskes, M., Schaepkens, S., & Veen, M. (2021). Shall We All Unmute? A Conversation Analysis of Participation in Online Reflection Sessions for General Practitioners in Training. *Languages, 6*(2), 72. doi:10.3390/languages6020072

Van Ravesteijn, H., van Dijk, I., Darmon, D., van de Laar, F., Lucassen, P., Olde Hartman, T., van Weel, C., & Speckens, A. (2012). The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 86*(1), 3–8. doi:10.1016/j.pec.2011.02.003

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

Zandbelt, L. C., Smets, E. M. A., Oort, F. J., Godfried, M. H., & de Haes, H. C. J. M. (2007). Medical Specialists' Patient-Centered Communication and Patient-Reported Outcomes. *Medical Care, 45*(4), 330–339. doi:10.1097/01.mlr.0000250482.07970.5f

Bijlage 1. Transcripten 'claims van geruststelling'

Fragment 1 – consult 11

```
1     A:    dus eig↑enlijk naar mo↑gelijk zou die slijtage aan
2           de e:h onderste wervelkolom ietsje toegenomen
3           kunnen zijn
4     P:    °ja ja°
5     A:    dat zegt de radioloog (.) e:h maar geen aanwijzing
6           voor een ontsteking.
7     P:    hmm
8     A:    DUS dat is eigenlijk GERUSTSTELLEND
9     P:    ja ja dat wel
10    A:    de BEkende slijtage eigenlijk [eh]
11    P:                                  [ja:a]
12    A:    °die gezien is°
```

Fragment 2 – consult 11

```
13    A:    maar uh::m ik zou dat NU even afwachten
14          [om e:h aanvullend]
15    P:    [JA. °'k e:h.°]
16    A:    onderzoek te doen naar [bloed]armoede.
17    P:                           [JA.]
18    A:    e:n dan afhankelijk van wat de wat de:e huisarts
19          vindt eh kunnen we u eventueel weer terugzien
20    P:    >ja.< (.) zeker.
21    A:    (.) •hh  u::hm.(.5) [goed.]
22    P:    [°j:↓a°]
23    A:    dus eig'k kan ik u:: (.) GERUSTSTELLEN.
24    P:    dat is wel fijn om te h↑oren
25          [want e:h bloede:h onderzoek]
26    A:    [heel veel bloedonderzoek is GOED,]
27    P:    ja ik was eerst eh angstig enzo °>toen dacht ik zal
28          [het dit zijn.]<° SPIEREN of dit.
29    A:    [hmm hmm]
30    A:    ja
```

Fragment 3 – consult 19

```
1     A:    Goed nog eventjes over uw klacht; want u bent nu
2           natuurlijk bij de neuroloog;
3     P:    ja:a;
4     A:    maar ik denk; ook wat die <hoofdpijn> en het
5           onduidelijk <spreken> toch wel het meeste te maken
6           heeft met die proble↑men die u ook heeft. (.)
7     P:    hmm [hmm]
8     A:        [want] je ziet ook vaak als mensen ook veel
9           spanningen hebben dat ze daar ook licha↑melijke
10          klachten van krijgen;
11    P:    ja dat klopt
12    A:    maar ik ben nu gelukkig niet bezorgd; dat er echt
13          iets ernstigs; (.)
14    P:    dat ben ik ook [e:h]
15    A:                   [met] uw hersenen aan de hand [is]
16    P:                                                 [dan]
17          ben ik ook uitgerust
```

```
18    A:    oke,
19    P:    dat gelukkig is het niet zo
20    A:    nou gelukkig maar=
21    P:    =ja
```

Fragment 4 – consult 21

```
1     A:    ja:a kijk dat oor dat is niet waar die klachten van de arme
2           e:h enzo [vandaan komen]
3     Z:                [nee precies]
4     A:    en het gezi= nee precies dat staat er los van maar als hij nou
5           last van de oren blijft HOUDEN en dan eh:h kunt u dat altijd
6           met de huisarts BEspreken (.) he dan kan de huisarts altijd
7           KIJKEN in de oren= >want de huisarts kan gewoon in de oren<
8           kijken
9     Z:    ((praat met zoon in een andere taal))( )
10    A:    ja nou PRIMA ik schrijf een verslag ook voor de huisarts da
11          is die ook op de hoogte
12    Z:    oke=
13    A:    =en o↑j↓a even die vraag nog want vindt hij het fijn om over
14          een (.) TIJDJE nog terug te komen
15    Z:    ja hij zegt eh ik eh danke hem erg
16    A:    o↑ke,
17    Z:    hij zegt ik ben gerustgesteld dus
18    A:    oke dus dus eh >hoeft niet meer[terug] te<
19    Z:                                     [nee]
20    A:    oke > nou laten we het zo afspreken< mocht er ooit nog een
21          VRAAG zijn of een probleem dan kunt u altijd bellen)) dan
22          kunt u altijd een nieuwe [afspraak ]     maken
23    Z:                             [precies] precies  ( ) afgesproken
24          ((patiënt en zoon staan op))
25    A:    ((arts staat ook op))
26          ja nou heel veel sterkte))
27          ((arts, patiënt en naaste schudden elkaar de hand))
28    A:    ik hoop dat u er snel weer vanaf bent (.)
29    A:                         [tot ziens he ]
30    Z:    ja dank u vriendelij[k (.) en werk] ze he
31    A:    ja geen dank ik zou die camera even uitzetten ja
32    Z:    ((gelach))
33    A:    dag
34    Z:    doeg
```

Fragment 5 – consult 26

```
1     A:    de nieren functioneren goed he? En dat is altijd een
2           geruststellende bevin↑ding, als we weten dat er wat
3           rode bloedcellen in uw urine zitten (.)
4           eh:h dat kan best dat ze uit de nieren ko↑men, maar als de
5           nierFUNCTIE daar goed blijft dan zijn dat vaak GOEDaardige
6           aandoeningen. (.) want we gaan er opnieuw naar kijken. maar e:h
7           ik heb op dit moment geen reden e:h tot ernstige ZORGEN
8           daarover
9     P:    oke
10    A:    dus e:hm
11    P:    nou, dat is een eh geruststelling
12    A:    mooi
13    P:    ja
14    A:    e:hm ja dus u mag zo naar het laboratorium. en dan=
```

15 P: ik heb koffie op vanmorgen;
16 A: dat [geeft niet]
17 P: [geeft niet?] oke
18 A: nee hoor dat geeft helemaal niks. nee. en dan eh komt u
19 daarna een keertje terug e:eh op de ( )kliniek
20 P: oke
21 A: JA?
22 P: en dan moet ik gewoon een afspraak maken?
23 A: ja u mag bij de balie een afspraak maken,

Fragment 6 – consult 44

1 P: dat heeft het proces misschien ook wel versneld; dat die
2 hele meniscus d'r uit was,
3 A: ja ja dat denk ik wel
4 P: dus dat is niet goed geweest.
5 A: wat vermoeidheid betreft als ik naar het bloed kijk; dat
6 is goed
7 P: oke
8 A: en ik denk niet dat we daar een OORzaak gaan vinden; dat
9 wil niet zeggen dat u geen klachten heeft of
10 P: ne::e
11 A: u heeft vermoeidheid. alleen ik zou het liefst zo'n
12 pilletje hebben >dat ik kan zeggen< o:oh dit is er aan de
13 hand dan geef ik u hier een pil[letje]
14 P: [ja,]
15 A: nou dat heb ik nu niet.
16 P: nee,
17 A: >dus ik kan alleen vitamines ( ) dat is ook allemaal=
18 P: =allemaal goed
19 A: anders had ik dat heel makkelijk terug kunnen geven dan
20 zijn we allebei blij maar dat is niet het geval
21 P: nee nee
22 A: ehm nou zijn er nou grote dingen die spelen; nee
23 P: nee
24 A: en dat stelt mij <heel erg gerust>
25 P: ja mij ook
26 A: dat betekent dus niet dat u geen klachten heeft want die
27 heeft u wel
28 P: hmm Hmm
29 A: en dat geloof ik ook ik heb geen ENkele reden om aan uw
30 verhaal te twijfelen
31 P: NEE d'r zijn dingen uitgesloten nu
32 A: ja zo moet [je het zien]
33 P: [maar ik weet] ook toch wel dat artrose best
34 heel [vermoeid] vermoeidheidsklachten kan geven
35 A: [ja]
36 P: en dat ik dat gewoon eventjes e:h met m'n werk ook want
37 ik loop ik loop altijd de hele dag
38 A: ja
39 P: dus dat is ook lastig (.) maar ja dat is mijn baan nu
40 eenmaal ik sta voor de klas nou dan loop je veel (.) maarja aan
41 de andere kant

Fragment 7 – consult 44

42 A: in e:h beweging blijven is goed maar niet jezelf over de kling
43 jagen

44 P: nee dat doe ik ook niet meer n::ee dat doe ik ook niet
45 meer
46 A: dus ((bewegen)) tot de pijngrens en dan weer [even] rust
47 pakken
48 P: [ja] ja
49 A: maximaal
50 P: en en ik dacht ook zelf misschien komt daar die
51 vermoeidheid ook wel van (.) maar dan wil wel zeker weten
52 dat ik verder niks mankeer [(.) en] dat was verder de
53 reden dat de huisarts mij eh
54 A: [°ja°]
55 A: nou, bij deze kan ik u geruststellen
56 P: ja ja nou ja=
57 A: =ik ben gerustgesteld ik hoop dat ik dat over kan brengen
58 P: JA NEE ja daar ben ik ook blij mee NAtuurlijk dat het
59 allemaal goed is verder dan eh=
60 A: =ondanks dat het wat later was
61 P: en dan eh ((ja))
62 A: daarvoor mijn nederige excuses
63 P: daar heb ik dat heeft u al gedaan dat is prima hoor
64 ((gelach)) ik ben het ook zo weer kwijt
65 A: oh gelukkig
66 P: ik dacht ja dan gaat m'n andere afspraak d'r aan vandaar
67 A: ja dan moet u maar gauw gaan
68 P: ja nee dat klopt=
69 A: =redt u het dan nog?
70 P: nee het is een etentje dus
71 A: u hoeft niet terug te komen ik stuur zo dadelijk een
72 ( ) berichtje naar de huisarts
73 P: is goed;
74 A: dan is hij volledige op de hoogte
75 P: ja dan als de dan ik ga naar de fysiotherapie denk ik
76 dan he?
77 A: ik had u graag iets willen geven wat [alles zou]
78 verhelpen
79 P: [((gelach))]
80 A: maar=
81 P: =de wonderpil bestaat nog niet
82 A: nee (.)
83 P: nee
84 A: geruststelling bij deze
85 P: bedankt
86 A: graag gedaan
87 P: tot ziens FIJN weekend he
88 A: dank u u ook

Fragment 8 – consult 49

10 A: maar (.) verder zie ik geen ANDERE redenen
11 P: oke ja
12 A: he dus u::h (.) het is een van het zijn of alle [drie]
13 P: [ja]
14 bij elkaar he of die twee denk ik
15 P: ja ja
16 A: ja (.) maar d'r is verder niet een ONTSTEKING aan de
17 gang=
18 P: =oke ja nou dat is in ieder geval een geruststelling

19 ja
20 A: precies
21 P: [ja]
22 A: [d'r] is niet iets aan de gang wat uh ik zie van iets
23 kwaadaardigs of
24 P: ja ja
25 A: daar heb ik helemaal geen [aanwijzingen] voor
26 P: [ja]
27 A: dat is ook wel fijn om te weten=
28 P: =ja
29 A: dat de nieren gewoon goed werken dat de lever gewoon goed
30 werkt
31 P: ja
32 A: de schildklier goed werkt dat de organen gewoon wel hun
33 werk doen zoals ze moeten doen
34 P: ja
35 A: hart en longen ook gewoon normaal functioneren
36 P: ja
37 A: dat kun je in ieder geval wegstrepen
38 P: ja

Fragment 9 – consult 50

1 A: het lijkt erop. bij de onderzoeken. dat u helemaal gezond
2 bent.
3 P: nou dat is mooi; ((gelach))
4 A: dus dat is eh GERUSTSTELLEND (.)we hebben het de vorige
5 keer eigenlijk al een beetje met u besproken van ja hoe
6 zou dat nou kunnen komen dat u toch klachten heeft.
7 P: hmm hmm
8 A: voor een deel zit het al heel lang bij u begrijp [ik]
9 P: [ja]
10 A: want vanaf je twaalfde al;
11 P: ja:a [ja]
12 A: [heeft u er al last van]
13 P: ja
14 A: weet niet of u er zelf nog over nagedacht heeft?
15 P: e:hm ja ik heb ook wel dingetjes uitgeprobeerd; e:hm ik
16 denk zelf gewoon dat heel slecht tegen stress kan;
17 A: hmm hmm

Fragment 10 – consult 51

1 A: maar ik denk wel dat dat het toch wel dat
2 omgevingsfactoren anders dan voedsel maar meer van (.)
3 misschien is het door het werken of eh slapeloze nacht
4 P: ja
5 A: u::h eerder effect hebben op de buiklachten dan (.) u::h
6 dan bijvoorbeeld melksuiker dat we=
7 P: =ja
8 A: hadden uitgesloten
9 A: dus nou ik denk dat alle uitslagen geruststellend zijn.
10 P: ja:a
11 A: ik weet niet dat de klachten op dit moment nog heel erg
12 actief zijn of is het nu wat rustiger?
13 P: u::hm ja het is het is nu op dit moment niet heel erg,
14 A: ((schudt met zijn hoofd)) en wat u nu nog dan?
15 P: u::hm ja ik heb meer dan een week een rommelende buik

16 A: hmm hmm
17 P: maar ik denk dat dat meer een ja misschien door wat ik
18 gisteravond dan gegeten heb
19 A: ja

Fragment 11 – consult 51

20 A: wie weet
21 P: oke
22 A: JA? in ieder geval alles geruststellend
23 P: nou dat is mooi
24 A: ik eh weet niet of u nog vragen heeft?
25 P: (.) hmm nee volgens mij niet
26 A: nee?
27 P: nee
28 A: mooi
29 P: oke
30 A: dus ik denk niet dat we dan een nieuwe afspraak hoeven te
31 maken en ik zal ook even naar de huisarts schrijven
32 P: ja
33 A: mochten de klachten ooit nog heviger worden dan is
34 het mogelijk om daar tijdelijk medicatie voor te geven
35 maar dat kunt u dan aan de aan de huisarts vragen
36 P: o↑ke,
37 A: ( )
38 P: maar ik neem nou ( ) dat ik nou wel weet
39 A: JA
40 P: ja
41 A: ja?
42 P: oke
43 A: ((staat op))
44 P: ((staat ook op))
45 A: dan wens ik u het allerbeste
46 ((arts geeft patiënt een hand))
47 P: ja dank u wel
48 A: en wil ik alleen nog even vragen of je naar die collega
49 van mij zou willen lopen die u nog wat over dat onderzoek
50 zou uitleggen en dat u officieel toestemming zou vra- zou
51 vragen
52 P: ja dat is gewoon bij de receptie?
53 A: ik zal even met u meelopen

Bijlage 2. Transcripten ‘contrasteringen’

Fragment 12 – consult 4

A: hangt ook tegenwoordig een beetje van uw [verzekering] af
V: [ja precies.]
A: of het vergoed wordt (.) dus uh:hm maar gewoon wat u praktisch moet weten- >kijk als het dit soort klachten< zijn >dan zullen we een keer de neuroloog ( )< dan kunnen we allerlei opnieuw grote onderzoeken gaan doen. maar dan verwacht ik dan niet dat er dan nu nieuwe dingen gaan uitkomen terwijl het dan toch gewoon de spieren zit (.) dus dan uh:hm wat u zou kunnen doen is >eigenlijk even tegen de huisarts vragen om gewoon eens even een keer< kortdurend (.) bij de fysiotherapeut om te kijken of er bepaalde SPIERoefeningen zijn die u gewoon DAGElijks moet doen waardoor dat allemaal LOS blijft zitten daar heeft u eigenlijk het meest praktisch aan. dan u:hm allemaal nieuwe scans of nieuwe CT’s. (.)
V: [((praat tegen patient in andere taal))]
A: [JA?]
A: maar vraag ook een naar of u het wel vergoed krijgt
V: ja ja:a ((gelach))

Fragment 13 – consult 6

A: als dat het geval is; dan kan je dat goed behandelen.
P: oke
A: maar dat verklaart nog niet al die andere (.) PIJNEN die u heeft he?
P: nee oke
A: maar we hebben als we u nakijken HELEMAAL GEEN verdenking dat er iets mis is met de hersenen; of met de zenuwen.
P: oke
A: dus waar die pijnen vandaan komen; weet ik niet precies
P: oke
A: MAAR gelukkig in ieder geval niet iets ernstigs, in zenuw of hersenen
P: oke
A: he; dus dat is GOED NIEUWS gelukkig,
P: oke
A: als u volgende keer die MRI-scan nog even meebrengt zullen we daar nog even naar kijken;
P: ja
A: he; maar we vinden het niet nodig om zelf nou nog een scan te maken want alles he; als er iets mis is in de hersenen dan kan je dat aan de buitenkant zien. En dat zien we helemaal niet.
P: oke

Fragment 14 – consult 11

A: dus eig↑enlijk naar mo↑gelijk zou die slijtage aan de e:h onderste wervelkolom ietsje toegenomen

```
3           kunnen zijn
4     P:    °ja ja°
5     A:    dat zegt de radioloog (.) e:h maar geen aanwijzing
6           voor een ontsteking.
7     P:    Hmm
8     A:    DUS dat is eigenlijk GERUSTSTELLEND
9     P:    ja ja dat wel
10    A:    de BEkende slijtage eigenlijk [eh]
11    P:                                  [ja:a]
12    A:    °die gezien is°
```

Fragment 15 – consult 19

```
1     A:    Goed nog eventjes over uw klacht; want u bent nu
2           natuurlijk bij de neuroloog;
3     P:    ja:a;
4     A:    maar ik denk; ook wat die <hoofdpijn> en het
5           onduidelijk <spreken> toch wel het meeste te maken
6           heeft met die proble↑men die u ook heeft. (.)
7     P:    hmm [hmm]
8     A:        [want] je ziet ook vaak als mensen ook veel
9           spanningen hebben dat ze daar ook licha↑melijke
10          klachten van krijgen;
11    P:    ja dat klopt
12    A:    maar ik ben nu gelukkig niet bezorgd; dat er echt
13                iets ernstigs; (.)
14    P:    dat ben ik ook [e:h]
15    A:                   [met] uw hersenen aan de hand [is]
16    P:                                                 [dan]
17          ben ik ook uitgerust
18    A:    oke,
19    P:    dat gelukkig is het niet zo
20    A:    nou gelukkig maar=
21    P:    =ja
```

Fragment 16 – consult 21

```
1     A:    ja:a dan oor dat is niet waar die klachten van de
2            armen en enzo [vandaan komen] en het gezi- nee precies
3           dat staat er los van
4     Z:                  [nee precies]
5     A:    maar als hij nou last van de oren blijft HOUDEN en dan
6           eh:h kunt u dat altijd met de huisarts Bespreken (.)
7           dan kan de huisarts altijd KIJKEN in de oren= >want de
8           huisarts kan gewoon in de oren< kijken
9     Z:    ((praat met zoon in een andere taal))( )
10    A:    ja nou PRIMA ik schrijf een verslag ook voor de
11          huisarts dan is die ook op de hoogte
12    Z:    oke=
13    A:    =en o↑j↓a even die vraag nog want vindt hij het fijn
14          om over een (.)   TIJDJE nog terug te komen
15    Z:    ja hij zegt eh ik eh danke hem erg
16    A:    o↑ke,
17    Z:    hij zegt ik ben gerustgesteld dus
18    A:    oke dus dus eh >hoeft niet meer[terug] te<
19    Z:                                    [nee]
20    A:    oke >laten we het zo afspreken< mocht er ooit nog een
21          VRAAG zijn of een probleem dan kunt u altijd bellen))
```

```
22          dan kunt u altijd een nieuwe [afspraak maken]
23    Z:                                 [precies]
```

Fragment 17– consult 24

```
1     P:    maar ik heb wel altijd A::ANgegeven ook naar de
2           operatie(.) eh:h dat ik dus aan de rechterkant meer
3           pijn had. dan dan aan de andere kant, en::n wat de
4           gynocoloog toendertijd zei van het kan omdat daar een
5           oude lidweefsel van een blindedarm zit, zei die van
6           dat die dus daar; meer gepruts op had om eh:h eruit te
7           kunnen krijgen dat het DAAR aan zou kunnen liggen;
8           (.) maar die pijn is eigenlijk nooit weg zeg maar (.)
9     A:    ja,
10    P:    als ik mij inspan; (.) dan voel ik het wel, dus ik ben
11          BANG dat die daar misschien ingekleefd is, ik weet het
12          niet?
13    A:    ja ja dat kan zeker
14    P:    ja;
15    A:    uh::m (0.3) ((arts schrijft iets op)) >u zult toch
16          een weg moeten vinden om met deze klachten om te gaan
17          he?< want u heeft pijn
18    P:    ja
19    A:    nouja ik heb NIET die <wonderpil> om [dat weg] te
20          nemen
21    P:                                         [nee]
22          nee
```

Fragment 18 – consult 26

```
1     A:    de nieren functioneren goed he? En dat is altijd een
2           geruststellende bevin↑ding als we weten dat er wat
3           rode bloedcellen in uw urine zitten (.) eh:h dat kan
4           best dat ze uit de nieren ko↑men, maar als de
5           nierFUNCTIE daar goed blijft dan zijn dat vaak
6           GOEDaardige aandoeningen. (.) want we gaan er opnieuw
7           naar kijken. maar e:h ik heb op dit moment geen reden
8           e:h tot ernstige ZORGEN daarover
9     P:    oke
10    A:    dus e:hm
11    P:    nou, dat is een eh geruststelling
12    A:    mooi
13    P:    ja
14    A:    e:hm ja dus u mag zo naar het laboratorium. en dan=
15    P:    ik heb koffie op vanmorgen;
16    A:    dat [geeft niet]
17    P:        [geeft niet?] oke
18    A:    nee hoor dat geeft helemaal niks. nee. en dan eh komt
19          u daarna een keertje terug e:eh op de ( )kliniek
20    P:    oke
21    A:    JA?
22    P:    en dan moet ik gewoon een afspraak maken?
23    A:    ja u mag bij de balie een afspraak maken,
```

Fragment 19 – consult 29

```
1     A:    nou j- toch ook meer u zoekt heel veel nog steeds naar
2           OORzaak van van de PIJN (.)
3     P:    hmm hmm
```

A: he? dat heb ik proberen uit te leggen hebben we u voor ook naar verschillende behandelaars gestuurd om het uit te zoeken of d'r maar ja soms vind je geen REDEN; en dan blijft u toch nog zo veel pijn houden. alleen moet u dan iets doen aan (.) aan ja; (.) aan de pijn en de pijnBELEVING. en dat e:h blijft lastig,
P: dan geef je mij niet gewoon ( ) 20 mg morfine; 3 keer per dags eigenlijk,
A: Nee; want bent u ook in het verleden eh:h hebt u daarvan te veel ingenomen en bent u halsoverkop in het ziekenhuis opgenomen; (.) dus dat en dat HIELP ook niet voor de pijn, dus dat is e:h niet te weg om te gaan (.)
P: ja en e:h wat heeft u dan nog meer?

Fragment 20 – consult 43

A: dus we zijn eigenlijk op een heel scala aan (.) ja; PUNTEN in uw leven (.) zijn er dingen die BIJ kunnen dragen aan de vermoeidheid.
P: °ja°
A: ik denk niet dat er EEN oorzaak is; en dus ook niet EEN pil die je kunt geven
P: >oh nee precies< ((knikt met hoofd))
A: om u weer fit te voelen.
P: hmm hmm
A: ik heb wel dat lage vitamine D gehalte gevonden; en dat heeft u e:h de medicijnen voor genomen; ik zie dat het vitamine D gehalte een stuk GESTEGEN is, nog niet op de waarde dat het zou moeten zijn, maar ik verwacht wel dat dat de komende winter wel normaliseert.
P: oke
A: dat zal; nou ja; nog ietsje bijdragen aan de e:h ja dat u zich misschien wat fitter voelt, eh:m maar die andere dingen zijn ook wel heel belangrijk; e:hm om daar iets aan te gaan doen. en e:hm ik begreep van de longarts dat die u heeft doorgestuurd naar de Neuroloog;
P: ja;
A: om te kijken of er nou een neurologische oorzaak gevonden kan worden voor de (.) slaapproblemen; wat verwacht u daarvan?
P: ((trekt schouders op))
A: verwacht u er überhaupt iets van?
P: nee
A: nee, want waar zit het probleem volgens u
P: ik zou het ECHT niet weten
A: nee

Fragment 21 – consult 43

A: ik zou het u GUNNEN dat het wat LICHTER wordt voor u maar dat is niet (.) hier in de spreekkamer wat ik voor u kan eh betekenen.
P: ((knikt))
A: nee, er is een ding wat ik dan nog zou willen controleren en dat is een eh LEVERwaarde; die de vorige keer wat te hoog; was en dat komt waarschijnlijk doordat het vitamine D GEHALTE te laag

40 is. nu is dat vitamine D gehalte op pijl; dus ik
41 verwacht dat die leverwaarde ook verbetert is,
42 P: hmm hmm
43 A: maar dat zou ik nog wel als ALS SLOT [e:h]
44 P: [prima]
45 A: onderzoeken; dat is een kwestie van nog een keertje
46 bloedprikken
47 P: °is goed°
48 A: en dan bel ik u OP over de uitslag; [dat u niet]
49 P: [is goed]
50 A: helemaal hierheen hoeft te komen;
51 M: dat is een goeie
52 A: en ik verwa- ja en ik verwacht daarna ook geen e:h
53 aanvullingen meer op. [want u bent ge-]
54 P: [vitamine D} moet ik daar
55 mee doorgaan?
56 A: [ik zou het] zeker doen
57 P: [want die zijn vandaag op]
58 A: zeker in de winter; [dan komt u gewoon te weinig]
59 P: [dus ik moet dat gewoon]
60 bij de ap- bij de dokter uitschrijven? Of schijft-
61 M: sterker nog; ik heb het aangevraagd
62 A: oke zo gaat dat en anders kan ik nu ook een recept
63 meegeven,
64 P: oke

Fragment 22 – consult 43

65 A: d'r zullen meer dingen komen in de toekomst.
66 M: ja,
67 A: en dan is het misschien prettig als u ergens heen gaat
68 waar u zich wel; fijn voelt (.) [en waar u gehoord
69 wordt]
70 M: ja [maar hij is wel aan
71 het]
72 afbouwen hoor
73 A: oke:e nou ik eh:h((gelach))
74 M: ((gelach))
75 A: ik ben er al een paar keer over begonnen dus ik zal
76 dat niet meer op e:h rakelen;
77 P: nou het is niet zo makkelijk om over te lopen bij in
78 Breukelen he?
79 M: (.) nee he; nou heel erg ( )
80 A: ja; nou denk d'r over na;
81 P: ik denk d'r over na
82 A: DAT is uiteraard niet iets wat ik in de brief zet ik
83 zet in de brief wel (.)d'r in dat we het gehad hebben
84 over de vermoeidheid en e:hm (.) DAT dat mijn advies
85 zou zijn om daar nog eens een keer HULP voor te zoeken
86 en dat u NU aangeeft dat u daar hm geen behoefte aan
87 heeft op dit moment. (0.4) ja?
88 P: ((richt zich naar haar man))
89 P: ja we redden het saampjes wel he?
90 M: ja ((gelach)) dat is het punt niet
91 A: ik zet u in de agenda voor vrijdag om te bellen; ik
92 zou even de camera uitzetten want we hebben de
93 belangrijkste dingen

Fragment 23 – consult 44

P: dat heeft het proces misschien ook wel versneld; dat die hele meniscus d'r uit was,
A: ja ja dat denk ik wel
P: dus dat is niet goed geweest.
A: wat vermoeidheid betreft als ik naar het bloed kijk; dat is goed
P: oke
A: en ik denk niet dat we daar een OORzaak gaan vinden; dat wil niet zeggen dat u geen klachten heeft of
P: ne::e
A: u heeft vermoeidheid. alleen ik zou het liefst zo'n pilletje hebben >dat ik kan zeggen< o:oh dit is er aan de hand dan geef ik u hier een pil[letje]
P: [ja,]
A: nou dat heb ik nu niet.
P: nee,
A: >dus ik kan alleen vitamines ( ) dat is ook allemaal=
P: =allemaal goed
A: anders had ik dat heel makkelijk terug kunnen geven dan zijn we allebei blij maar dat is niet het geval
P: nee nee
A: ehm nou zijn er nou grote dingen die spelen; nee
P: nee
A: en dat stelt mij <heel erg gerust>
P: ja mij ook
A: dat betekent dus niet dat u geen klachten heeft want die heeft u wel
P: hmm Hmm
A: en dat geloof ik ook ik heb geen ENkele reden om aan uw verhaal te twijfelen
P: NEE d'r zijn dingen uitgesloten nu
A: ja zo moet [je het zien]
P: [maar ik weet] ook toch wel dat artrose best heel [vermoeid] vermoeidheidsklachten kan geven
A: [ja]
P: en dat ik dat gewoon eventjes e:h met m'n werk ook want ik loop ik loop altijd de hele dag
A: ja
P: dus dat is ook lastig (.) maar ja dat is mijn baan nu eenmaal ik sta voor de klas nou dan loop je veel (.) maarja aan de andere kant

Fragment 24 – consult 45

A: u heeft een goede bloeddruk, ( ) hart en longen ( ), gewrichten functioneren goed (.) e:hm er is geen reden om een aanvullend onderzoek van binnen te doen
P: hmm hmm
A: ik wil wel even aanvullend onderzoek doen om te kijken is het vitamine( ) ook goed maar eigenlijk wat ik denk dat het grote probleem is. is het pijncentrum DAT moet u eigenlijk gaan stoppen; dat moet eigenlijk opnieuw ingesteld gaan worden en dat moet accuRAAT gaan functioneren, als u zich brand aan iets warms dan moet het zeggen he; ((doet hand omhoog)) stop ((gelach))
P: ja

13 A: maar het moet inderdaad niet pijnsignalen gaan afgeven
14 als u een stukje gaat fietsen
15 P: hmm hmm

Fragment 25 – consult 45

16 A: ik denk niet dat er IETS met u aan de hand is, behalve
17 dat u ongelooflijk veel pijn heeft en ik denk dat uw
18 lichaam gewoon inderdaad klaar is
19 P: ja
20 A: en dat het nu langzamerhand nu gewoon opnieuw ingesteld
21 moet worden, omdat u heel veel winst te behalen heeft en
22 dat u goed kan functio- of beter kunt gaan functione[ren]
23 P: [func]
24 tioneren
25 ja
26 A: ja (.) dat zou mijn idee zijn ik denk niet dat u opschiet
27 met nog meer onderzoeken nog meer ( ) van alles doen
28 P: ja
29 A: ik begrijp uw angst, komt het niet uit kanker of komt het
30 niet uit iets anders vandaan en dat is ook waarom ik zou
31 zeggen nou we prikken bloed want met bloed kun je toch op
32 een makkelijke manier heel veel zien
33 P: ja bloed heb ik natuurlijk al een paar keer
34 [laten prikken]
35 A: [dat heeft u al] dat[zei u al]
36 P: [dus dat]
37 A: ja=
38 P: ook vitamine en dat soort dingen
39 A: J::a ik kan het ook even aanvragen bij uw andere
40 ziekenhuis want dat duurt natuurlijk zo lang=
41 P: =dus bij de huisarts die heeft dat zelfs met het grote
42 oog gedaan=
43 A: =ik kan ook even de huisarts bell[en] hoor
44 P: [ja]
45 A: dus dat [u hier nu bloedprikt]
46 P: [ja dus die heeft dat]
47 A: zal ik dat even doen?
48 P: dus die heeft dat toen al gedaan
49 A: ja hoe lang geleden is dat?

Fragment 26 – consult 46

1 A: ja als je dus RUST neemt herstelt het weer, als je als
2 het lichaam ziek is dan kan je rust nemen wat je wil;
3 maar dat wordt dan niet beter, dus ik denk dat u <TOCH
4 ook moet gaan kijken> he; ondanks dat u zo veel sport
5 dat is <natuurlijk goed>, [moet u toch kijken]
6 M: [( )]
7 A: is het niet een beetje te veel van het goede allemaal
8 (0.2) he; en dat zal eh: e- dat is iets wat u zelf
9 moet e:h overwegen want u doet natuurlijk best wel
10 heel veel. Misschien dat het toch te veel [vraagt;]
11 P: [ja;]
12 A: van het lichaam, want op gegeven moment word je ook
13 ouder; (.) dat wil een ander niet zo ((gelach)) maar
14 ja op een gegeven moment he; met een gezin, en e:h
15 alles en eh eh ze helpt u ook nog af en toe (.) ik

denk dat u veel aan het werk bent en dat het
huishouden ook veel (.) OF VALT DAT MEE?
P: ((gelach))
A: DUS NOGMAALS ik wil ZEKER dus ik had hem al liggen,
voor de HELE VOLLEDIGHEID nog een hartfilmpje maken;
om te kijken of dat OOK ALLEMAAL netjes is. ik
VERWACHT daar niet zo veel van, maar ik denk dat we
dan <helemaal>
P: ja
A: de cirkel rond hebben en alles hebben gecheckt
M: is d'r een verkla↑ring↓ voor te geven dat ze op een
bepaald moment e:h ze ziet dan zelf e:h ze geeft het
dan aan en dan eh zie je het ook duidelijk dat ze ( )
d'r vingers zijn gewoon heel DIK en d'r benen lopen
vol alsof eh
A: ja
M: ( )
A: nou ja
M: op een bepaalde manier het vocht niet goed kwijt kan
via de normale
A: dan zou je toch ook aan de hormonale wisselingen
moeten gaan eh denken; u had ook het mirena spiraaltje
he?
P: ja
A: eh eh e:hm (.) dus dat zou toch ook kunnen dat u op
gegeven moment dat de overgang er toch ook aan (.)
komt.

Fragment 27 – consult 47

A: dus ik wil eigenlijk een twee sporenbeleid u:uh zetten
van dit gaan we doen over drie weken terug op de poli
en ik wil je toch doorverwijzen naar een uh een
bepaald centrum. en dat is een centrum waarbij
<lichamelijke> klachten die voortkomen uit soms ja;
P: ( )
A: ja die burn out waar we het over gehad hebben he?
P: hmm hmm
A: dat is toch wel herkenbaar he?
P: hmm hmm
A: dat dat toch met u nog even op een rijtje gezet om te
kijken van wat zijn in het dagelijks leven of op uw
Werk dingen waar u to- waar u verhandelingen kan ( )
ik geloof ook al komt er hier iets uit. dat gaat niet
verklaren dat u vermoeid bent
P: waarschijnlijk niet nee
A: nee ((schud met hoofd))
P: nee [nee]
A: [nee eigenlijk zeker niet]
P: nee nee oke
A: dus ik wil dat toch op twee sporen doen ik wil dit
gaan uitzoeken maar ik wil ook u doorverwijzen dan dat
is dan een psycholoog °die dat is°
P: ja het zij zoals het moet dan moet het
A: u had al een beetje aangegeven dat u daar wel open
voor stond he
P: ja:a nou goed ik had wel verwacht dat we

WAARschijnlijk ook zoiets zou uitkomen
A: ja nee daarom dat is dan helemaal goed
P: ja nee dingetjes wat jij tot nu toe vertelde waar ik dan van, die testen die allemaal gedaan zijn nee dat is niet iets waar je vermoeid van kan raken ofzo
A: nee nee
P: ik had al zo'n gevoel
A: ik ga nu een doorverwijzing sturen
(0.3)
P: en ik dacht dan over drie weken maar ik moet zelf maar?
A: ja ik loop even met u mee. ga ik deze ga ik deze maken
((arts staat op en patiënt volgt))
A: en dan geef ik meteen even een foldertje en dan kunt u zelf contact opnemen met dat centrum.
P: ja
A: en dat is dan het makkelijkst
P: zo ((doet jas aan))
A: dan geef ik u vast een hand
P: nou dank u wel
A: heeft u nog vragen?
P: nee nee nee het is helemaal duidelijk

Fragment 28 – consult 48

A: als er iets was wat we met een tabletje kunnen oplossen dan was dat natuurlijk veruit de makkelijkste oplossing geweest maar nu u:uh
P: ja
A: vergt het echt wel inspanning he; want uit zo'n patroon breken is niet makkelijk he stoppen met roken is niet makkelijk er zijn natuurlijk ook hulpmiddelen voor
P: ja
A: en dat kunt ook nog eens een keer met de huisarts bespreken
P: ja paar jaar geleden heb ik het ook zelf gedaan dus dat moet °wel sterk genoeg zijn om dat zelf te doen°
A: ja maar als u op gegeven moment merkt van u::h het valt toch zwaarder dan=
P: ja
A: dan een paar jaar geleden of of dan verwacht he; er zijn hulpmiddelen voor en dat kunt u altijd nog eens met de huisarts bespreken
P: ja
A: sommige dingen worden vergoed en andere dingen weer niet
A: had u verder nog vragen?
P: ((schudt met hoofd))
A: nee?
P: nee
A: oke goed dan uh zou [ik uh het wat] ons betreft hierbij willen laten
P: [ja ja ja]
A: ik stuur een ik stuur een brief] naar de huisarts
P: [ja ja dat heeft u gedaan dus uh]
A: ja ik stuur een brief met al onze bevindingen naar de

```
33          huisarts en dan is die ook [helemaal] op de hoogte
34    P:                            [ja]              graag
35    A:    en dan wens ik u heel veel sterkte met uh met het
36          doorbreken van de
37    P:    ( )
38    A:    de visuele cirkel in de toekomst (.) ja?
39    P:    ja
40    A:    oke
41          ((arts gaat staat op en patiënt volgt)
42    P:    hartstikke bedankt voor de UITLEG
43    A:    ja
44    P:    alle tijd
45    A:    ja graag gedaan (.) daar zijn we voor
46          ((patiënt doet jas aan))
47    P:    maar eigenlijk hoop ik niet tot ziens he
48    A:    nee dat hoop ik ook niet maar het allerbeste en alvast
49          een goed weekend
50    P:    ja:a ja:a zelfde bedankt
51    A:    oke
52    P:    dag
```

Fragment 29 – consult 49

```
1     A:    ik denk dat een burn out geeft zeker heel veel
2           vermoeidheid en dat kan nog langer aanhouden dan je
3           denkt (.) e:h maar ook zoiets als van die buikklachten
4           zoiets als dat u beschrijft; ja dat kan ook
5           vermoeidheid geven
6     P:    ja
7     A:    en eventueel als er een te lage testosteron eh
8           aanwezig is kan dat OOK nog een aandeel hebben
9     P:    ja
10    A:    maar (.) verder zie ik geen ANDERE redenen
11    P:    oke ja
12    A:    he dus u::h (.) het is een van het zijn of alle [drie]
13    P:                                                    [ja ]
14          bij elkaar he of die twee denk ik
15    P:    ja ja
16    A:    ja (.) maar d'r is verder niet een ONTSTEKING aan de
17          gang=
18    P:    =oke ja nou dat is in ieder geval een geruststelling
19          ja
20    A:    precies
21    P:    [ja]
22    A:    [d'r] is niet iets aan de gang wat uh ik zie van iets
23          kwaadaardigs of
24    P:    ja ja
25    A:    daar heb ik helemaal geen [aanwijzingen] voor
26    P:                              [ja]
27    A:    dat is ook wel fijn om te weten=
28    P:    =ja
29    A:    dat de nieren gewoon goed werken dat de lever gewoon
30          goed werkt
31    P:    ja
32    A:    de schildklier goed werkt dat de organen gewoon wel
33          hun werk doen zoals ze moeten doen
34    P:    ja
```

35 A: hart en longen ook gewoon normaal functioneren
36 P: ja
37 A: dat kun je in ieder geval wegstrepen
38 P: ja

Fragment 30 – consult 50

18 A: dan loopt en; de stress op
19 P: ja ((gelach))dat klopt
20 A: en; de buikpijn dan weer
21 P: ja:a
22 A: daardoor kan je je minder goed concentreren en
23 daardoor minder goed werken, dan krijg je nog meer
24 stress,
25 P: ((gelach))
26 A: dus misschien zit daar iets in wat e:h eh wat je kan
27 doorbreken.
28 P: ja:a
29 A: en hoe je dat kan doen; ja misschien door er heel
30 rustig erbij stil te staan hoe je (.) bezig bent op
31 zo'n moment;
32 P: hmm hmm
33 A: en ja misschien bespreek het nog eens met je vriend
34 want volgens mij had je daar ook heel veel steun aan;
35 P: ja
36 A: en e:hm er moet natuurlijk ook wel een staartje zijn
37 die bij je past dus dat is
38 P: ja ja
39 A: (.) maar gelukkig lijken die klachten wel voor een
40 groot deel door deze factoren verklaart te zijn en het
41 POSITIEVE daaraan is, dat daar ook heel veel ingang
42 voor verbetering in zit.
43 P: ja:a
44 A: het het hoeft niet zo te blijven
45 P: nee nee nee °gelukkig° ((gelach))
46 A: beter dan dat eh we iets wel in (.) de darmonderzoeken
47 hadden gevonden
48 P: ja
49 A: bij het eh
50 P: ja
51 A: bij het bloedonderzoek

Fragment 31 – consult 52

1 A: i see YOU as a he; female; having a busy life. You
2 having your work your social life, but still you
3 feeling tiredness.
4 P: hmm hmm
5 A: and what you was saying was (.) flu after flu after
6 flu e:hm when I ( ) the e:h e:h investigation in
7 what I can ask and what I can check e:h I don't have a
8 direction for DISEASE
9 P: yeah
10 A: which can be the cause
11 P: ((knikt))
12 A: and if I look at the e:h the extra lab( ) we did I
13 can't see a a clue for a disease which is cause in the
14 tiredness

P: yeah
A: e:hm it is pretty proud what we did already
P: yeah
A: and e:h a for now I advise that we have checked a lot of things i don't have a clue for more to check or to see. ehm yea saying that there is at this moment no sign of disease what is cause in these problems and then you can conclude two other things (.) one you have flu after flu after flu, it can be caused there is a problem while you have a weak immune system. It can also be flu after flu after flu that you have a flu like everyone else can have a flu
P: yea
A: ( ) more flu seasons
P: yea
A: and that you were the unlucky person that had another one

Fragment 32 – consult 53

A: dat zijn dingen die kun je altijd achteraf pas stellen he?
P: ja
A: bedoel he; e::hm stel het gaat langzaam ietsje beter; nou misschien dan we over een paar maanden eens terugkijken en zouden kunnen zeggen van dit was het inderDAAD in ieder geval we hebben uitgebreid onderzoek ook gedaan en vind ik geen andere dingen die=
P: =oke
A: die het kunnen verklaren
P: nou dat is helemaal TOP nou ik heb voor de rest ja ik voel het wel steeds beter gaan.

Fragment 33 – consult 53

A: VRAGEN nog? of andere dingen?
P: ne::e
A: oke
P: ik denk toch dat ik u:h even de huisarts vraag want je zei met iemand praten ofzo (.)
A: ((knikt))
P: dat ik ja ik ben de laatste tijd wel heel erg geprikkeld. licht geprikkeld. en dan zie ik het allemaal even niet meer zo
A: nee
P: helder; ik kom altijd wel relaxt over maar dat is niet echt zo niet echt het GEval. dus misschien dat ik een psycholoog op ga zoeken dus ofzo dat e:h dat
A: ja:a
P: misschien dat het werkt ik weet het niet
A: nee en dat hoeft ook niet gelijk een traject van jaren te zijn. al zijn het maar twee drie gesprekken die je wat handvaten kunnen [geven]
P: [ja]
A: van als ik me zo voel dan dit of u:h
P: ja
A: ja

P: misschien dat dat het is
A: u kun het in ieder geval even proberen
P: ja het zit ook wel in me hoor het zit ook wel ( )
vooral heel erg druk maken over van alles en nog wat
het slaat eigenlijk helemaal nergens op maar uh ja

Fragment 34 – consult 54

A: en dat is iets. en vroeger zeiden we op dit punt van
nou he; u::hm gefeliciteerd he; het ziet er allemaal
goed uit er is niks aan de hand. maar zo is het
natuurlijk niet. er is wel wat aan de hand
P: eens in de zes weken is het=
A: =ja=
P: =gewoon bingo
A: precies en eh we hebben de laatste tien jaar komen we
er meer en meer achter dat dat een verstoring van het
zenuwstelsel dat dat iets is wat VAAK voorkomt. maar
het is een lastige diagnose om te stellen; omdat het
allerlei verschillende uitingen kan geven he; bij de
een heeft het weer andere last dan bij de ander he; En
wat het ook lastig maakt; is dat juist alle
onderzoeken d'r bij NORMAAL zijn. het verhaalt zich
niet meer op een scan of met een hersen u:h zo'n
hersen u::h golvenonderzoek u::hm wat het inhoudt wat
u:hm we weten natuurlijk we weten er niet alles van he
maar wat het inhoudt we denken dat het een soort van
eh verstoring; is in het zenuwstelsel dat de
communicatie tussen de zenuwen tijdelijk ja; verkeerd
verloopt. u:hm en daardoor kan je dus allerlei e:h
klachten hebben. en het voordeel van dit probleem is
dat het ongevaarlijk is; je kan er heel oud mee worden
om het zo maar te zeggen en daar was u misschien al
niet bang voor maar he; maar dan dan het is in ieder
geval niet [gevaarlijk]
P: [ik e:h] durf daar nog niks van te zeggen;
A: NEE dat snap ik en u::hm u:hm en dat het u:hm dat het
dan SLIJT OMDAT er niks kapot is he; de bijvoorbeeld
op de hersenscan
P: twee en een half drie jaar word ik nu geholpen
A: ja u heeft het al heel lang dat klopt dat is
natuurlijk de KEERzijde van het verhaal want het e:h
LASTIGE van dit probleem is dat het e:h eerder
VERVELENDE klachten kan geven en ook nog hele
hardNEKKIGE klachten kan geven dus eh

Fragment 35 – consult 54

A: ja het is het is heel vervelend u::hm het is ook (.)
het is ook lastig om te behandelen dat zal u misschien
ook niet verbazen maar er is geen wonderpil voor. ik
kan u niet een pil geven van hiermee is het weg en
mensen vragen ook altijd van goh; wat is nou de
oorzaak ervan
P: ja
A: nou je weet dat het een optelsom is van een aantal
zaken he; het begint ermee dat u er aanleg voor heeft
he dat het u:h de een is daar helaas wat gevoeliger

48 voor dan de ander…

Fragment 36 – consult 55

1 A: dat NIERPROBLEEM e:hm om eerlijk te zijn NIET maar
2 gelukkig is de echo goed
3 P: hmm hmm
4 A: daar e:h
5 P: zie je niks geks op
6 A: gelukkig in orde
7 P: ja
8 A: e:h urine was helemaal schoon
9 P: hmm hmm
10 A: dus daar zie ik ook gelukkig [geen rare dingen]
11 P: [mooi. fijn]
12 P: ja
13 A: uw bloeddruk was de vorige keer wel iets aan de hoge
14 kant
15 P: ja
16 A: u:hm ik denk dat we dat even zometeen u:hm moeten e:h
17 meten
18 P: hmm hmm
19 A: u:hm hoewel het mij niet waarschijnlijk lijkt dat het
20 door de hoge bloeddruk komt, maar meer; als het door
21 de hoge bloeddruk komt dan zie je ook in de urine
22 afwijkingen

Fragment 37 – consult 58

1 A: dat kun je dan zelf LEren (.) ik kan je de pijn niet
2 weg laten DENKEN maar ik kan de LAST die je van de
3 pijn hebt zeg maar e:h kunnen we met zo'n programma
4 naar beneden halen >dat je dus iets minder last hebt
5 van de pijn dat je vaak ook wat minder pijn voelt<
6 P: hmm
7 A: dat werkt elkaar een beetje in de hand (.) we kunnen
8 je niet laten denken van he; nou heb ik geen pijn
9 P: °nee°
10 A: maar we kunnen wel zo'n programma leert je wel hoe ga
11 ik ermee om en hoe laat ik ermee leven
12 P: ja het voor mij wel DUIdelijk alleen kijk ((kuch))
13 toen ik voor mij voor die scherf in mijn voet. toen ik
14 daarvoor hier was; zeiden ze al van ja we kunnen niks
15 voor je doen;
16 A: nee

Fragment 38 – consult 59

1 A: kijk als ik jou zo zie he; dan ik heb je de vorige
2 keer uitgebreid gesproken, onderzocht, de combinatie
3 met de bloedonderzoeken, de foto de urineonderzoek
4 en dan ZIE IK EIGENLIJK gewoon een eh GEZONDE JONGEMAN
5 voor me zitten he;
6 P: ja
7 A: maar zo VOEL JE JE NIET
8 P: nee en [dat is ook]
9 A: [dat is eh] dat is de discrepantie he;
10 P: ja

A: daar moeten we iets aan gaan doen denk ik?
P: JA ja
A: he; maar ik denk dus niet dat eh een pil of een Medicijn; ofzo dat dat je gaat helpen om jezelf beter te voelen
P: nee nee dat denk ik ook niet per se aan hoor, ik dacht meer aan qua voeding of bewegen of niet [bewegen]
A: [ja]
P: dat soort dingen
A: ja