

“A decision **we** have to make together” *

A qualitative analysis of inclusiveness and exclusiveness of personal pronouns as a strategic maneuver in medical bad news conversations

Leonie Baatenburg de Jong

Master Thesis

21-12-2018

Supervisor: Dr. R. Pilgram

Second Reader: Prof. Dr. T. van Haften

a.l.baatenburg.de.jong@umail.leidenuniv.nl



Universiteit
Leiden

* a proposition from the first conversation of physician C (line 156)

Table of contents

Abstract

1. Introduction	4
2. Physician-patient interaction	6
2.1. Introduction	6
2.2. Bad news conversations	6
2.3. Shared decision making	8
2.4. Inequality between physician and patient: Inclusiveness and exclusiveness of personal pronouns	10
2.4.1. Personal pronouns in general conversations	11
2.4.2. Personal pronouns in physician-patient consultations	11
2.5. Summary	12
3. Strategic maneuvering in bad news conversations	14
3.1. Introduction	14
3.2. Strategic maneuvering	14
3.2.1. Medical consultations as communicative argumentative types	15
3.2.2. Argumentative characteristics of bad news conversations	16
3.3. Inclusive-we as a strategy	18
3.4. Summary	21
4. Methodology	22
4.1. Introduction	22
4.2. Data	22
4.3. Corpus and transcription	24
4.4. Categories of the personal pronouns	26
4.5. Summary	30
5. Analysis	32
5.1. Introduction	32
5.2. We-words	33
5.2.1. Actual pronouns	33
5.2.1.1. We = you	33
5.2.1.2. We = me	34
5.2.2. Generic pronouns	36
5.2.2.1. Enlarged inclusiveness	36
5.2.2.2. Rhetorical we	37
5.2.2.3. Specific we	38
5.2.2.4. Ambiguity within specific we	40

5.3. You and me-words	41
5.3.1. You-words	41
5.3.2. Me-words	43
5.4. Others	45
5.4.1. Dysfluency	45
5.4.2. Fillers and no code	47
5.5. Comparison of pronouns	49
5.6. Summary	50
6. Conclusion	51
7. Discussion	53
References	56
Appendix	60
A - Corpus of bad news interviews	60
B - Background of consultations	61
C - Transcriptions	64
D - Argumentation structures	134

Abstract

Effective communication between physicians and patients in bad news conversation is essential, especially when it concerns decisions about treatment and quality of life issues. In this thesis, the central theme is how the semantics and pragmatics of personal pronouns, in particular 'I', 'you' and 'we', contribute to the inclusiveness or exclusiveness of the patient in the treatment discussion and, therefore, influence the discussion of the oncological treatment process. By means of evaluating the pronouns used by the physicians in eleven bad news conversations, the strategic function of this word class is revealed. These pronouns could, specifically, be interpreted as 'actual pronouns', as 'generic pronouns' ('enlarged inclusiveness', 'rhetorical' and 'specific') or as 'other' (dysfluencies, fillers and 'no code'). The concept of *strategic maneuvering* that is used here, serves to evaluate the argumentative moves the physician makes to effectively and dialectically present the 'best' treatment option, determined by the activity type of medical consultations. In this thesis, the focus lies on examining the 'rhetorical we' and 'specific we', and the pronouns 'you' and 'I' in the analysis. The findings suggest that physicians use implicit propositions to seemingly follow the principles of shared decision making, but in fact oftentimes do not.

Keywords: physician-patient interaction, bad news conversations, strategic maneuvering, implicit persuasion, personal pronouns, inclusiveness

1. Introduction

Breaking bad news in medical consultations is a delicate issue, especially in oncological consultations. Not only is it hard to deal with the heavy matter of life and death in itself, let alone to conduct such a conversation as a physician and conversation leader. Therefore, communication is of great importance in the medical context and, thus, requires attention. Bousquet et al. (2015: 2437) illustrates this with stating “the delivery of bad news by oncologists to their patients is a key moment in the physician-patient relationship”. According to Epstein et al. (2017: 93), “in advanced cancer, inadequate communication about prognosis and treatment choices is common”, which could result in vague word choices, implicit language use and ambiguous phrases. These statements underline the importance of clear language, a mutual understanding and an equal relationship between physician and patient.

Despite the recommendation of medical communication experts that a more patient-centered consultation, so called *shared decision making* (henceforward ‘SDM’), results in better patient outcomes, physicians still seem to handle the decision making process with a traditional, paternalistic approach (Peck & Connor, 2011: 548). However, no clear instructions of how the physician should act in terms of linguistic exchange are available, which can result in ambiguous language use and it may unbalance the recommended patient-centredness and SDM process. To give a good illustration of the relationship between patient and physician and how the patient is included in the treatment decision making is to analyse the use of personal pronouns of the physician (Pennebaker, 2011: 173). The significance of personal pronouns is illustrated by various studies: pronouns could be interpreted as systematic ambiguity (Skelton et al., 2002), they could be used as a persuasive tactic in medical consultations (Karnielli-Miller & Eisikovits, 2009; Engelhardt et al., 2016) and inclusiveness by means of pronouns could also predict positive symptom outcomes during the following six months of treatment (Gildersleeve, 2017: 314). When interpreting the propositions below, multiple actors may be referred to in the pronoun used by the physician. For example, the ‘we’, used in the propositions below, may indicate the physician and the patient or it may involve the physician and his team of specialists.

“That is not what **we** are going to do, right?”

“Eh, that means that **we** will look at the next treatment option”

“**We** will treat it of course”

“**We** can also choose to remove, for example, only those tonsils first”.

Due to this ambiguity, personal pronouns can be used strategically in medical consultations. The extension of the pragma-dialectical framework by Van Eemeren (2010) serves as a useful theory for analysing this strategic use of pronouns as it enables an analysis and evaluation of rhetorical and dialectical aspects of argumentative discourse. Medical consultations as a activity type can be regarded as argumentative discourse, because it represents the corresponding constraints and institutional rules. While adhering to the model of shared decision making, physician may use their social status to present the arguments of the 'best' treatment option; these strategic moves could, thus, increase the physician's power and could indicate a paternalistic approach.

Therefore, in this short study, eleven bad news consultations will be investigated, as qualitative study, in order to gain better insight into how personal pronouns can be strategically used by physicians and how these can be categorised as either SDM or paternalistic. However, it is extremely important to keep in mind that different interpretations are possible when analysing the first person plural 'we': the generic, enlarged form (referring to the whole human race), rhetorical form (referring to a specific group which excludes the hearer), to refer to the hearer only ('we' is 'you') and the specific 'we' (referring to the speaker and hearer). By analysing these (ambiguous) pronouns, expressed by the physician in the argumentative discussion during medical consultation, I aim to determine to what extent there is an (implicit) appeal to power by the physician in the process of SDM in bad news conversations. More specifically, I hope to discover whether and how physicians maneuver strategically by means of 'we' versus 'I' and 'you'. In order to achieve this, I will have to present relevant theory pertaining to physician-patient interaction and SDM (chapter 2), and additionally, the concepts of inclusiveness and exclusiveness of personal pronouns. The phenomenon of strategic maneuvering is the central theme of chapter 3: it describes bad news consultations in terms of argumentative discourse (Van Eemeren, 2010) and it also deals with how inclusive-we can be used as a strategic move. Subsequently, I explain my methodology before arriving at the core of my research, the analysis of my corpus. The approach is twofold: first describing and introducing the data, then operationalising the qualitative analysis, by means of the Conversation Analysis (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). The analysis is central for the fifth chapter, in which I will investigate the inclusiveness and exclusiveness of pronouns. Subsequently, the strategic use of inclusive-we will be delineated to map the used interviews in terms of SDM. In chapters 6, I present a conclusion of this study, and in chapter 7 a discussion of its limitations and with suggestions for further research will round of this thesis.

2. The physician-patient interaction

2.1. Introduction

“Breaking bad news is a key moment in the relationship between physician and patient” as Bosquet et al. (2015: 2437) state. The manner of carrying out this kind of clinical consultation is of great importance. To have a constructive and adequate consultation, it is essential to understand and know what the best way is to conduct a bad news conversation. The protocols SPIKES¹ and COMFORT² are designed to help with this and are based on the principles and observations of cancer specialist Buckman’s (1992) landmark guide *How to break bad news: a guide for healthcare professionals*. Furthermore, these approaches are linked to the SDM model, developed by Elwyn (2012), because this process is considered as the ideal of communicating when bad news demands major decisions. Lastly, because the central theme of this thesis is about the use of personal pronouns, the inclusiveness and exclusiveness of this use will be explained related to bad news conversations and the physician-patient interaction.

2.2. Bad news conversations

To understand the importance and the relevance of breaking bad news effectively, a definition and an explanation of what these conversations contain is needed: “Bad news as any news that drastically and negatively alters the patient’s view of her or his future” (Buckman, 1992: 15). A consultation generally consists of a diagnosis (i.e., the identification of a condition by examination of symptoms) and a prognosis (i.e., a forecast of the likely outcome of a situation) (Porensky & Carpenter, 2016: 69). However, in most cases the medical health matter could not be simply divided in just these two notions. For that reason, we need a more comprehensive approach, which the guidelines of Buckman provide. I will explain this at the end of this section.

Generally, patients prefer to know the bad news in the first stage of the conversation. They want to know as much details as possible to decrease their fears and the arousal of possible interpersonal conflict between patient and physician, and negative perception of the treatment process (Shetty & Shapiro, 2012: 20). As a result, it is helpful for the physician to break the news using some specific tools, such as questioning, listening and hearing, so both

¹ This approach entails: *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Empathic and Summary* (Buckman, 2005).

² The acronym stands for: *Communication, Orientation, Mindfulness, Family, Ongoing, Reiterative Messages and Team* (Villagran et al., 2010: 225).

patients and physicians can cope better. When exchanging opinions, facts and emotions in bad news conversations, “questioning is one of the fundamental tools of the interview” (Buckman, 1992: 48). On the one hand, open questions by the physician allow the patient to say anything that is of importance to them and are not directed towards the preferred response of the physician. On the other hand, closed questions are obviously useful when needing and wanting to know a particular answer, for example ‘had you counted on something like this, to some extent?’³ (Buckman, 1992: 48-49). Furthermore, the skill of effective listening is of great importance in order to give the patient courage and time to speak. This could be done by the physician through selecting effective “word choice, paralanguage, and non-verbal cues and signs” (Boudreau et al. 2009: 23). These linguistic elements can help to create a constructive bad news conversation, what, as a result, can contribute in attaining quality of life and, therefore, assist in the healing process. Closely related to the skill of effective listening is understanding what has been said by the patient: ‘hearing’. Physicians are encouraged to repeat or paraphrase what the patient just said to let the patient know that they have been ‘heard’. By doing so, the patient feels supported (Buckman, 1992: 52). In cases when the patient is not being heard, it results in extensive dissatisfaction and miscommunication (Boudreau et al., 2009: 22), which in turn can lead to a lower quality of life that can influence the health condition.

The linguistic skills mentioned above make it clear which set of competencies physicians are required to obtain in order to deliver bad news. But more specific tools are available to the physician. Although all bad news conversations under study seem to be handled differently, bad news conversations can, thus, ideally be a systematic and structured conversation. Several approaches have been developed to conduct an optimal bad news consultation, of which the SPIKES strategy⁴ of Baile et al. (2000) and Buckman (2005) is the most widely used design. An alternative to the ideal model of SPIKES is the approach of Villagran et al. (2010): the COMFORT approach⁵. Both approaches emphasise the elements of questioning, listening and hearing, and these elements are closely linked to the principles of SDM as well, which will be the central subject of the next section.

³ A proposition from physician B, conversation 3, line 145.

⁴ Central in this step is the ‘Before you tell, ask’-principle, which means that the physician first must ask what the perception of the patient is and what they want to know (i.e., ‘common ground’) (Buckman, 2005: 140).

⁵ Central to this framework is the existing power structure between patient and physician during the interaction, and the matching responses (Villagran, 2010: 221), based on the interaction-adaptation theory of Burgoon, Stern & Dilmann (1995)

2.3. Shared decision making

The relationship between patient and physician has changed over the last three decades, which has resulted in questioning the asymmetrical interaction in medical consultations (Kaba & Sooriakumaran, 2007: 58-59). In order to understand how the physician-patient relationship has changed over time, Kaba & Sooriakumaran (2007) have created a historical overview of the transformations throughout history, starting 3500 years ago with the ancient Egyptians. The relationship between patient and physician shifted from an activity-passivity relation (till the French Revolution) to a 'guidance cooperation' way of interacting (Enlightenment period) that is physician-centred. Simultaneously in this era, is the development of the aristocratic reputation of the physician, which resulted in a 'doctor knows best' stance (Peck & Connor, 2011: 547). From this perspective, an asymmetric relationship consisted between the two participants.

Opposed to this stance, twenty to thirty years ago the stance arose in the medical field that is still prevalent today, namely the ideal of SDM to facilitate the patient-centredness (Elwyn et al., 2012: 1361). A shift in the continuum of interaction took place from the paternalistic view to a more egalitarian model. Both parties, this stance argues, mutually participate and have agreed to 'work in partnership'. This means that physician-centeredness of the physician-patient relationship has shifted to becoming patient-centred: "it includes the notion of a medical encounter as a 'meeting of experts': the physician as an expert in medicine and the patient as expert in his or her own life, values and circumstances" (Godolphin, 2009: 186). In this respect, the patient is the 'source of control'. To achieve this goal, the physician must build a good and stable relationship with his or her patient and several principles of SDM are of great importance in achieving this⁶ (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 25). First, the patient participates in the decision making process about the best treatment. Second, the physician gives an objective overview of the available treatment options and their risks and probable benefits. Third, the physician leaves the final choice from the available treatment alternatives to the patient. Furthermore, deliberation is of great importance in SDM and the emphasis lies on exchanging facts and opinions. In other words, medical consultations can be regarded as argumentative discourse. In this, the type of interaction (i.e. medical communication) is an important factor in argumentative discourse, because it represents the constraints and institutional norms of the activity type in which the speaker can maneuver strategically. This will be explained further in section 3.2.1.

⁶ Elwyn et al. (2012: 1362) developed a comparable approach, but framed the three principles as a three-step model: *choice talk*, *option talk* and *decision talk*.

To underline the scope of SDM, the joint decision making is not only a key characteristic in treatment discussions in bad news conversation, but also when prescribing pills and suggesting other therapies in, for example, general practices (Godolphin, 2009: 187). In this thesis, however, the focus of research involves only treatment decisions in oncological bad news conversations and not consultations of any other medical kind.⁷ Despite this emphasis on the importance of SDM, physicians seem to be working with the traditional model instead of the highly recommended SDM approach (Peck & Connor, 2011: 548). Godolphin (2009: 187) observes that “a good level of shared decision making occurs about 10% of the time”. Competencies, as has been emphasised in chapter 2, such as involving patients in the decision making process and letting know they are being heard and listened to are often missing.

So why are there many protocols for achieving SDM, but is this in reality hard to fulfill during a bad news conversation? Partly, this is the result of not learning (all) the right competencies in medical health communication. The skills needed to break bad news are (still) insufficiently implemented in the medical curriculum (Godolphin, 2009: 188). Yet, more attention to training and teaching the non-verbal and verbal elements is growing in the academic field, according to De la Croix & Skelton (2013). By examining the language, structure and content of role plays, the communicative skills of students and future physicians are being developed. A second reason for not achieving SDM is that practice has showed that patients are not expecting this way of communicating. Some are simply comfortable with letting the physician decide what the process of treatment will look like, others have issues expressing their own preferences because of the asymmetric relationship (Henselmans & Van Laarhoven, 2018: 178).

How the unequal relation is manifested between patient and physician with regard to language use and the employment of personal pronouns in particular, will be explained in the next section. The choice for either ‘I’ or ‘we’ can give a clear insight whether the physician include or exclude the patient in the treatment process.

⁷ Firstly, because these conversations are, as mentioned before, the key moment in the physician-patient relationship, and secondly, because the hospital that gave access to the corpus of bad news interviews concerns an oncological department.

2.4. Inequality between physician and patient: inclusiveness and exclusiveness of personal pronouns

Because of the earlier discussed guidelines of breaking bad news, it could be said that the structure of breaking bad news is “relatively easy for physicians to control” and also “relatively easy for hearers to understand” (Skelton et al., 2002: 484). Yet, the language used in bad news conversations is something physicians may have less control over, since certain propositions could be interpreted by the patient differently than was actually intended. Pronouns are pre-eminently a word class that is open to ambiguity, as has been illustrated in the introduction: who are included in the proposition “**we** will treat it of course”?

Before delving into the subject of personal pronouns and the relation with inclusiveness and exclusiveness in medical consultations, the matter of how this linguistic device should be approached needs to be defined first. Pronouns include not only a set of words as personal pronouns, but also of demonstratives, interrogatives, indefinites, relatives, correlatives, etcetera (Bhat, 2004: 1). According to Gardelle and Sorlin (2014: 2), personal pronouns are conceived as “one of a typically small and closed set of lexical items with the principal function of distinguishing among individuals in terms of the deictic category of person but often also expressing certain additional distinctions of number, animacy, sex, gender or other categories”. Interestingly, Pennebaker (2011: 18) mentions that “words that reflect language style can reveal aspects of people’s personality, social connections, and psychological states” and he describes them also as part of *style or function words*, because they do not have any meaning, but rather “connect, shape, and organize content words”⁸ (Pennebaker, 2011: 22). Therefore, they have an extensive influence on how their meaning could be interpreted and be used, which will be discussed below. The use of personal pronouns could indicate forms of power and leadership, and, thus, asymmetry between interlocutors as well (Pennebaker, 2011: 173).

In the next section, I will first describe how the use of personal pronouns can give insight into the relationship of couples⁹ (2.4.1.), and subsequently how this can be linked to the patient-physician relationship (2.4.2.). Moreover, I will discuss how physicians can achieve inclusiveness or exclusiveness by choosing a specific pronoun over the other. How this could be used strategically, in terms of directing the patient to a particular treatment, will be explained in the next chapter (3).

⁸ Style or function words, as opposed to to content words, consist of multiple lexical categories such as pronouns, articles, prepositions, negations, conjunctions, quantifier, etc. (Pennebaker, 2011: 22).

⁹ As the relationship of physician and patient could be seen as building a partnership, regard the findings of couples of Galdiolo et al. (2016) and Gildersleeve et al. (2017) are useful for the medical encounter.

2.4.1. Personal pronouns in general conversations

The involvement of interlocutors is investigated in the study of Galdiolo et al. (2016), except in this study the authors focus on associating the usage of relational pronouns to the quality of early family interactions between mothers and fathers regarding their child. The authors make a distinction between *we-ness* (i.e., inclusiveness) which reflects “a schema of interdependence, shared responsibility and partnership”, and separateness (i.e., exclusiveness), which reflects “one of independence and a focus on the individual [spouse] rather than the couple as a unit” (Galdiolo et al., 2016: 1). They argue that the more first person plural pronouns are employed, the more intimate and satisfied the relationship is and the higher quality the conversations are (Galdiolo et al., 2016: 2). Moreover, Gildersleeve et al. (2017: 313) assert that inclusiveness “generates positive emotion and disarms conflict” in couple’s relationship. Therefore, as inclusiveness is a useful indicator of stability and flexibility in early family interaction, it could be useful in patient-physician communication as well. Not only does the inclusiveness of personal pronouns affect the positive feeling and emotions of the individuals of the couple in the conversation itself, it could also predict positive symptom outcomes during the following six months. In terms of patients, the (short term) quality of life and the corresponding positive patient outcomes as a result of good interpersonal relationship and effective communication may improve (Gildersleeve, 2017: 314).

2.4.2. Personal pronouns in physician-patient consultations

Indeed, Skelton et al. (2002) investigated the phenomenon of personal pronouns (specifically, ‘I’ and ‘we’, ‘me’ and ‘us’) between physicians and patients during consultations. The authors examined, on the one hand, the language of the patient, because that is beyond the physician’s control and might reflect the (dominant) behaviour of the interlocutor. On the other hand, Skelton et al. (2002: 487) also have taken the use of pronouns by physicians into account, which is crucial to this thesis. It, namely, distinguished three types of ‘we’: first, to include the patient with meaning ‘you and I’ together. Second, to exclude the patient and to imply only the team of physicians, the hospital or institution. Third, to use ‘we’ in a general sense, as in ‘we, all the people in the world’.¹⁰ Moreover, the article concludes that physicians are more likely than

¹⁰ In the Dutch language, strikingly, this can also be done by saying *je* (second singular pronoun) or the more formal and passive phrasing *men* (“the thing **you** have with radiation is that when it comes back [...] **you** can still radiate”; consultation B-2).

the patients to use 'we': the form that plausibly indicates inclusiveness (Skelton et al., 2002: 487), which is, interestingly, since it is also likely that physicians use forms of 'exclusive we' more to maintain paternalism. Furthermore, the authors found a prototypical pattern of formulating inclusiveness and exclusiveness: 'I suffer' (patient) and 'I think' (physician) will result in 'we will act'. Ultimately, this illustrates the preferred and favorable partnership and cooperation between patient and physician.

In particular, the use of 'we' can bring up some difficulties in terms of ambiguity (Skelton et al., 2002: 487). It is not always clear what is meant by the use of the first pronoun plural: does it include or exclude the patient? Two side notes can be made based on these findings. First of all, the difference in use by both interlocutors may suggest a power difference during the conversation. When the patient use 'we' in a different respect than the physician does, this could mean they do not see the physician as a partner in the treatment process, because of the control the physician holds (Skelton et al., 2002: 488). Secondly, it is hard to tell whether the physician uses 'we' as an indicator of partnership or to deliberately steer the patient towards a specific direction in terms of treatment option. Thus, we need to know the function of the propositions and in which way the physician uses them. These two notes could point out the authority of the physician, and 'we' may implicate and result in strengthening credibility and trust the patient has in the physician. In this case, presenting the treatment option as best for all parties can be seen as a strategic move within the decision making process (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009: 5). This concept is the central theme in the next chapter (chapter 3).

2.5. Summary

In the first section of this chapter (2.2.), I have demonstrated the importance of good communication in medical consultations, bad news conversations in particular, within physician-patient relation. The physician fulfills a significant task in bad news conversation; next to being the medical expert and specialist, he or she ought to act as the conversation leader and, thus, needs to be aware of the preferences and wishes of the patient by asking questions, listening and hearing the patient. This is, ideally, done by following the main principles of SDM: let the patient actively participate and choose the treatment option in the decision making process (chapter 2.3.). However, because of complex health conditions, it can be difficult to pursue this kind of interaction, which can result in adhering to a paternalistic approach. To let the patient still be the centre within the bad news conversation and to balance the unequal relationship between patient and physician, it can be useful, as speaker and thus as physician, to focus on

the pronouns to include the patient in the treatment decision making (chapter 2.4.). The pronouns 'I', 'you' and 'we' are of interest in this thesis, because, on the one hand, the main interlocutors of bad news conversations are the physician and patient, and both of them should be able to refer to each other and themselves: 'I' and 'you'. Additionally, the first pronoun singular is a characteristic for the paternalistic approach. On the other hand, they are expected to act as a team according to the SDM principles, which results in using 'we'. Nevertheless, the first pronoun plural has an ambiguous character and this phenomenon serves as the subject of the analysis in chapter 5.

3. Strategic maneuvering in bad news conversations

3.1. Introduction

In order to systematically analyse the argumentative discussion regarding the treatment decision making between physician and patient in my corpus, a theoretic approach of discourse analysis is needed. In bad news conversations, the physician generally presents (multiple) arguments to propose a specific treatment option concerning the health matter. From this perspective, this kind of medical consultations can be seen as an argumentative discussion aimed at resolving a disagreement between physician and patient about a medical treatment, based on the diagnosis, and to determine the prognosis even when no explicit difference exists between the interlocutors. How this can be done in a rhetorically effective and dialectically reasonable way, also described as *strategic maneuvering*, will be explained in the next section.

3.2. Strategic maneuvering

The concept of 'strategic maneuvering' was introduced by Van Eemeren and Houtlosser (1999) as an extension of the standard pragma-dialectical theory of argumentation. In discussions, participants aim "to move toward the best position in view of the argumentative circumstances" (Van Eemeren, 2010: 40). To make the best argumentative moves, the discussants want to be both reasonable and effective, and striving to keep those two aspects in balance (Snoeck Henkemans & Van Eemeren, 2011: 124). The first aspect aims to reasonably resolve a difference of opinion and the second aspect is about being persuasive within the discussion stages.¹¹ Ultimately, the speaker wants to reasonably convince the audience (in the present study, the patient) and remove any doubts concerning the standpoint of discussion. Nevertheless, in some cases, an imbalance between these two aims can arise and effectiveness can gain the upper hand with respect to the aspect of reasonableness. This results in an unbalanced discussion, wherein the strategic maneuvering has *derailed*: the speaker has committed a fallacy. When this kind of derailment arises, the process of resolving a difference of opinion gets bypassed and, therefore, deformed (Van Eemeren, 2010: 42). Hence, the speaker has to maneuver strategically and comply with the rules of the critical discussion.

¹¹ The pragma-dialectical theory is an ideal model that consists of four stages: *confrontation* stage (defining the difference of opinion), *opening* stage (establishing the point of departure), *argumentation* stage (exchanging the arguments) and *concluding* stage (establishing the outcome of the discussion) (Labrie, 2011: 176; Van Eemeren, 2010: 45).

Strategic maneuvering appears in all argumentative moves and is reflected in three aspects: topical selection (i.e., choice for the content of discussion moves), adaptation to audience demand¹² (i.e., adjustment to the visions of the audience) and use of presentational devices (i.e., utilisation of stylistic instruments to achieve the speaker's goal) (Snoeck Henkemans & Van Eemeren, 2011: 125). The process of choosing the most convincing element in the argumentation is part of strategic maneuvering, but more importantly for this thesis, strategic maneuvering entails also linguistic products and the formulations of these choices; both contributing to achieving the reasonableness and effectiveness aims in argumentations. However, the degree of reasonableness and effectiveness depends on institutional requirements and conditions in which the conversation takes place (Van Eemeren, 2011: 129) and ought to be evaluated in terms of what is reasonable given these institutional requirements and conditions. This will be discussed in the next section, in the context of medical communication and its institutional constraints and conventions.

3.2.1. Medical consultations as a communicative activity type

Strategic maneuvering is shaped by the activity type in which it occurs. In this case, medical interaction between physician and patient, and specifically bad news conversations between physician and patient, could be characterised as a *communicative activity type*, as has already been mentioned in section 2.3 (Labrie, 2011: 172; Van Eemeren, 2010: 138-143). Firstly, because the ideal of SDM is comparable to the model of critical discussion. The SDM process is intended to decide, as patient and physician together, what the best treatment option is for the patient. From the pragma-dialectical point of view, the aim is to resolve the difference of opinion in discussion between physician and patient (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 22). Therefore, physicians have to present their arguments in line with the ideal model of a critical discussion and act reasonably.

Another argument is that in all discussions based on institutional rules, regulations and norms discussion partners can maneuver strategically (Labrie, 2011: 177). In this respect, physicians are expected to act according to the norms of 'institutional rationality', which means to consider "all medical evidence and visions, values and preferences of the patient" (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 22). To this end, "both patient and physician aim to maintain a

¹² Remarkably, Matusitz & Spear (2014: 261) use a term analogously to audience demand when they refer to *tailoring*, "whereby the doctor adjusts his or her behaviour to efficiently match the need and distinctiveness of a target audience".

balance between the reasonableness and effectiveness of their argumentative moves while striving to convince their opponent of the acceptability of their own treatment preference” (Labrie, 2011: 172). Of course, particularly, the physician’s argumentative moves are of interest in this thesis and the corresponding strategic maneuvers, because it might shed light on the possible steering towards the preferred treatment option and could illustrate the particular models of interacting (i.e., patient- versus physician-centredness).

Physicians may be expected to maneuver strategically about which treatment should be chosen (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 23; Labrie, 2011: 179). Nevertheless, physicians have to be careful with emphasising their preference, because too much emphasis would not be in line with the concept of SDM. Physicians can undermine the principles of SDM in an attempt to get their preferred treatment across. According to Snoeck Henkemans & Mohammed three different attempts of the physician can be distinguished, but only one is of importance to this thesis about personal pronouns: giving the patient the impression he or she is participating in the decision-making process, although this may not be the case at all (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 25). The presented treatment is framed as if it is the common starting point. For example, when the physician uses the pronoun ‘we’ frequently in the beginning of the conversation, the patient is made believe they are cooperating while it is the physician’s framing of the ‘cooperation’.¹³

3.2.2. Argumentative characteristics of bad news conversations

In light of the argumentative nature of strategic use of pronouns, it is important to know what the argumentative characteristics of the medical consultations are, so that it can be determined “how the consultation could affect the argumentative discourse that occurs in it” (Pilgram, 2015: 21). Therefore, the four stages of an argumentative discussion within the particular

¹³ The two other ways in which the physician tries to influence the patient in the treatment decision process is, firstly, giving the impression that the treatment preferred by the physician is the most reasonable option (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 26). This could be achieved by presenting the favourable option as the standard (and maybe only) treatment or to give no explanation at all. The physician proposes the treatment option without any arguments. Therefore, the proposal depends on the formulation and framing in order to be still effective. Karnieli-Miller and Eisikovits (2009: 5) emphasise that the use of ‘we’ can be used to put too much emphasis on the authority of the physician. In the next section (3.4.2.), this type of strategic maneuvering will be discussed in more depth. The other way is to get away with a treatment proposal without engaging in shared decision making consists of giving the impression as if the decision is completely up to the patient. The authors explain this by stating: “only mention undesirable consequences of a particular treatment without explicitly advising against it or just mention favorable consequences of a treatment without explicitly recommending it” (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012: 27).

communicate activity type need to be described (i.e., confrontation, opening, argumentation and concluding stage; see table 1) in order to determine “the relevant opportunities and limitations for discussion parties in the activity type” (Pilgram, 2015: 22). The primary motivation for an argumentative discussion to occur is a lack (or an assumed lack) of agreement between the physician and patient (Pilgram, 2015: 22).

Table 1. Argumentative characteristics of medical bad news consultation (Based on the features of Pilgram, 2015: 24)

Communicative activity type	(i) Initial situation	(ii) Starting points (material, procedural)	(iii) Argumentative means	(iv) Possible outcomes
(Oncological) bad news conversations between physician and patient	Breaking bad news, based on scans and photos made in earlier consultations. Discussing the diagnosis and prognosis concerning the health condition of the patient.	<i>Explicit rules:</i> institutional protocols regarding bad news conversations and the ideal of shared decision making; <i>Implicit rules:</i> e.g., the physician acts as discussion leader; <i>Explicitly established concessions:</i> results of a physician’s verbal inquiry into the patient’s health; <i>Implicitly established concessions:</i> results of a physician’s physical examination of the patient.	Argumentation based on interpretation of concessions in terms of medical facts and evidence. Discussing various possible treatment options; conveyed in cooperative conversational exchanges and following the ideal of SDM.	Agreement between the physician and patient about the treatment process, whether choosing for the preferred treatment or a palliative trajectory. Discussing the practicalities of the chosen treatment process.

Bad news conversations generally start with discussing the outcome of tests and research and breaking the bad news (i). In order to eventually reach agreement on a treatment, a common ground needs to be established about the perception of the health matter of both physician and patient before proposing the arguments (i.e., ‘choice talk’, Elwyn et al., 2012: 1362). As soon as the physician presents (implicit) arguments, we can speak of a ‘discussion’. The physician proposes, as a result of the standpoint, one or multiple treatment option(s).¹⁴ For example, a lump is found in the neck, the physician suggests various standpoints on how to address this best through possible treatment options such as radiation, laser therapy or chemotherapy. As a

¹⁴ For some decisions, no best option exist concerning the treatment process, which are called *preference-sensitive decisions* (Engelhardt et al., 2018: 210). However, it should be noted that ‘no treatment’ is an alternative as well.

result, the physician acts as the conversational discussion leader, which is an example of the implicit *procedural* starting points (ii). Another example concerns the discussion rules. The *material* starting points are the propositions used in the argumentative discussion (i.e., the established concessions) (Pilgram, 2015: 22). As a result of the interpretation of these starting points, an argumentative discussion can evolve between the interlocutors with presenting the pros or cons of the treatment options (iii) ('option talk', Elwyn et al, 2012). Once the treatment decision is made and both parties know how to proceed further in the treatment process, the final stage is reached (iv) ('decision talk', Elwyn, 2012). For this thesis, the argumentation stage is the most important, because then the arguments of the treatment option are proposed. The pronouns used in this part of the bad news conversations are of interest. How this can be used as a strategic move will be explained in the next section.

3.3. Inclusive-we as a strategy

As discussed in the previous chapter, the use of personal pronouns, and especially the first plural pronoun, can give a clear indication of how the interaction between patient and physician can be characterised. More importantly, physicians can exploit their powerful status and (deliberately) use this linguistic aspect as an instrument to strategically and implicitly direct the patient towards a favourable outcome. In this section, I will discuss two research studies (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009 and Engelhardt et al., 2016) in which the personal pronoun 'we' is investigated in breaking bad news encounters, and specifically within the argumentation phase. Both studies show how the plural pronoun can be used as a persuasive tactic, especially in the medical SDM process.

Engelhardt et al. (2016: 56; 2018: 209) introduced the phenomenon *implicit persuasion*, and the authors describe this as follows: "when the presentation of evidence implicitly steers patient towards a particular choice, patient may get the erroneous impression that this is the only or 'best' option" (Engelhardt et al., 2016: 56). The authors present multiple examples and one of them concerns the use of 'we'. The participated physicians present treatment as an authorised 'we' decision in 80% of the consultations (87 of 105), but might be intended differently. More interestingly, Karnieli-Miller and Eisikovits (2009) introduce nine approaches of 'marketing' the treatment option¹⁵ and the authors state that "the more threatening the

¹⁵ The other approaches of marketing the treatment (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009: 3-6): 'stressing the seriousness of the diagnosis before presenting the treatment option', 'using other patients' frightening or hopeful stories as examples to convince patients to choose a desired path', 'the illusory power to decide', 'trying to avoid offering other treatment alternatives', 'emphasizing the benefits of treatment and

suggestions concerning treatment are, the more the advice is given in the plural, as opposed to the use of the singular during other parts of the encounter” (Karnieli-Miller and Eisikovits, 2009: 5). This could suggest that, because of the serious character of oncological bad news conversations, the plural variant would be employed differently than the singular, and would be employed with a deliberate purpose.

Furthermore, the use of the inclusive-we could be linked or closely related to power and control issues. Engelhard et al. (2016: 59) also notes that in 50% of the consultations the physician seemed to have made the decision unilaterally. In other words, the physician does not include the patient in the decision making process. Therefore, the authors call this phenomenon ‘the illusion of decisional control’. In this sense, the patient may get the opportunity to decide the secondary decisions, such as when to start the treatment process or whether or not to start corresponding therapies. Nevertheless, it does not include primary decisions, that include the type of treatment, and it must be clear that this phenomenon is the reason of the current study.

However, it has not yet been studied what the implications are of this ambiguous use of personal pronouns in bad news conversations between patient and physician. Therefore, I will now explain, in particular, the first and second personal pronouns in terms of inclusiveness, based on the scale of Rees (1983). Rees (as referred in Íñigo-Mora, 2004: 33) developed a scale of pronominal distancing¹⁶, which presents the relationship between distancing strategies and the pronoun system. This scale serves as an indicator to demonstrate that individuals have an idiosyncratic way of speaking and that people who have a similar view on the world would choose a similar pattern of pronouns. In contrast, between interlocutors who do not use the same pronouns, a more distant relationship exists. From this perspective, the interaction and the relationship between interlocutors can be manipulated by strategically using another form of ‘you’ and ‘we’. As a result, speakers, such as physicians in a medical consultation, can intentionally choose ‘we’ or ‘you’ over ‘I’ to make it seem as if they pursue the SDM principles, while in fact they try to implicitly persuade the patient away from the preferred treatment process.

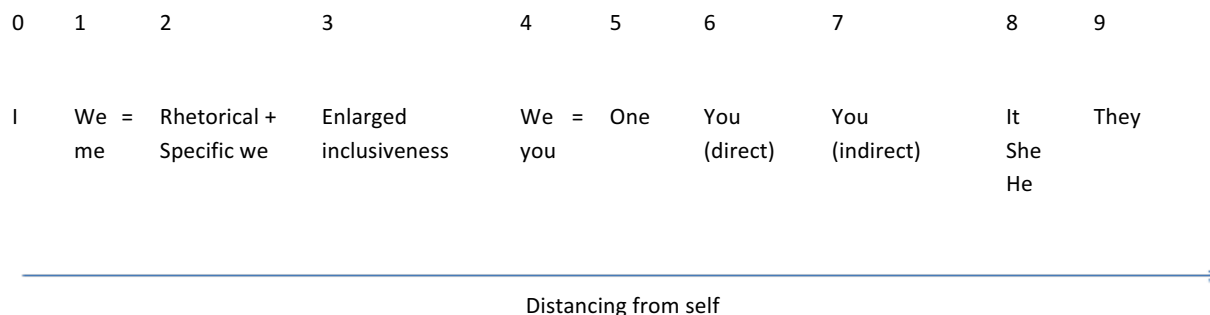
Some questions arises when examining the scale proposed by Rees, such as: why is ‘you’ (direct) more closely related to the speaker than ‘one’ and why is there a hierarchical difference between ‘it’, ‘she’ and ‘he’? Therefore, I made a revised version of scale (fig. 1) in

frightening patients about non-compliance’, ‘emphasizing the ability to control the side effects of the treatment’ and ‘a gradual decision’.

¹⁶ Rees (1983) is cited in multiple studies, nevertheless the actual dissertation (*Pronouns of person and power: a study of personal pronouns in public discourse* (1983), University of Sheffield) is only available in the library of the University of Sheffield and could therefore not be consulted directly.

order to join the various categories of Seider et al. (2009) and Quirk et al. (1985), but also to adjust these critical notes. The numbers 0 to 8 represent “any selectional choice closest and furthest from the self” (Íñigo-Mora, 2004: 49) The categories of Seider et al. (2009) and Quirk et al. (1985) will be introduced more indepthly and explained further in the next chapter (chapter 4).

Fig. 1 Revised scale of pronominal distancing (based on Rees, 1983 in Íñigo-Mora, 2004, 49)



Secondly, when Fetzer & Bull (2008) investigated the strategic use of pronouns in political interviews and they discovered a specific technique for covertly concealing what they called *pronominal shifts*; use ‘we’ and ‘you’ in a broad sense with no specific reference. Speakers in the political field may embed this particular strategy “to deal with personal criticisms, to avoid awkward choices, and to downplay their own personal role, thereby avoiding the appearance of immodesty” and “in order to evade replying to questions which posed particular kinds of communicative problems” (Fetzer & Bull, 2008: 275). The intention of this strategic use of shifting pronouns according to Fetzer & Bull is to strengthen the validity of an argument and to shift responsibilities in context (also known as over-inclusion) (2008: 281). In the analysis, this kind of strategic use will be investigated as well.

3.4. Summary

In this chapter, I have looked at the unequal position between physicians and patients, due to their profession and medical knowledge, and because the status that the physician has. But mainly how this specific relation affect the strategic maneuvering of the physician. The most important aspects that have arisen are the influence physicians have in the conversation and how they can employ strategic moves to rhetorically and dialectically reach their own goal (i.e., their preferred treatment option) (Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012).

Depending on the activity type of bad news conversations, the strategic function of the pronouns can be distinguished by focusing on the aspects of strategic maneuvering: topical selection, adaptation to audience demand and presentational devices (Van Eemeren, 2010) (section 3.2.; 3.2.1.). Furthermore, the argumentative characteristics make it easier to comprehend the interaction between the two interlocutors with respect to the argumentative discourse (section 3.2.2). The language used, and in this thesis specifically the pronouns used, by the physician is of interest, because the choice of pronoun and its linguistic context can reveal more than could be supposed at first sight (i.e., whether it is an inclusive pronoun or not). As a result, personal pronouns can be employed as a tactic to maneuver strategically to make it seem as if the physician is collaborating with the patient, while in fact he or she is not, and as a result is not in line with the notion of shared decision making (section 3.3.).

4. Methodology

4.1. Introduction

In chapter 2 and 3, the interaction between the patient and physician in medical consultations and the phenomenon of strategic maneuvering has been discussed. The aim of the qualitative analysis in this thesis, however, is to investigate the strategic function of pronouns in the SDM process, by means of examining 'I', 'you' and 'we', with the particular interest in the concepts of 'we' versus 'I'. How could the inclusiveness or exclusiveness of the personal pronouns be seen as a strategic maneuver by physicians in shared decision making? In order to obtain results regarding this issue, this chapter will discuss how this subject is addressed in this study.

In order to do that, the data that will be analysed in chapter 5 will be presented and it will be explained which consultations are included and excluded in the corpus (section 4.2.). Subsequently, a framework is given for organising the sequential structure of interaction to provide an analysis of coding the chosen consultations. Insights from Conversation Analysis (CA; Sacks, Schegloff and Jefferson (1974)¹⁷ will be used to “reveal how linguistic (and other) resources are systematically and methodologically deployed as practices to implement and make actions interpretable in their sequential environments” (Couper-Kuhlen & Selting, 2018: 8). Section 4.3. will clarify this approach on a more detailed level. Finally, to analyse the consultations, an operationalisation of the method is provided in section 4.4. I will, hence, introduce here the categories of the personal pronouns and how these linguistic elements should be interpreted with respect to the inclusiveness of the patient.

4.2. Data

An oncological department of a hospital in The Netherlands conducted a study concerning the communication strategies of physicians in bad news conversations in 2013. The aim of the researchers was to evaluate the quality and the length of the current consultations. Besides, the researchers wanted to investigate how the interaction between physician and patient developed during the decision making process and what type of guidance the physician chose to provide. Because this thesis is in line with their research and because their data was made available for other scientific purposes, it was possible for me to use their recordings of the consultations.

¹⁷ Based on the ethnomethodology of Garfinkel (1967) and the conception of interaction order of Goffman (1983).

In total, 22 consultations were available for analysis.¹⁸ These interviews were held by 8 different physicians: physician A (three interviews), physician B (three interviews), physician C (one interview), physician D (two interviews), physician E (two interviews), physician F (four interviews), physician G (six interviews) and physician H (one interview). However, not all dialogues were useful for this thesis.¹⁹ For example, due to the difficult intelligibility of a patient in one conversation of physician E as a result of the disease, the patient had a difficulty with speaking, this conversation was not used. Consultations of physician G were excluded, because the conversations spanned a whole hour and, thus, were too long or the recordings were difficult to comprehend. Another problematic issue were two consultations by physician D and E in which long phone calls were included. Nonetheless, the other parts of the conversations were still useful, so they were kept in the corpus, but the parts in which the physicians are on the phone are not included. It should be noted that all physicians have Dutch as their native language, except for physician F. Although, some mistakes have been made in the pronunciation and grammar, the propositions uttered by this physician are understandable and comprehensible. That is why the interviews done by this particular physician could also be included in the corpus.

In order to analyse the bad news conversations, the consultations have been transcribed using the basic principles of CA, i.e., transcribing speech as it is produced by the speaker in systematically sequential order. The basic assumption is that spoken language needs to be studied in its natural habitat. Therefore, “language must be analysed in the home environment of co-present interaction” (Couper-Kuhlen & Selting, 2018: 3). The aim of CA is to formally organise and generally describe the underlying norms and practices of interaction. Moreover, CA focuses primarily on understanding how interaction works and its ability to reveal the mechanisms of the following fundamental aspects: the construction of turn-taking, the repair of problems of hearing, speaking or understanding, the action formation to achieve interactional goals and sequencing of actions (Sidnell, 2016; Coupler-Kuhlen & Selting, 2018). For this thesis, CA is an useful framework, because it can help expose the interpretations of linguistic moves in their context and to find patterns of interaction between the interlocutors.

Furthermore, interaction is seen as “a normatively organised structure of attention” (Sidnell, 2016). This is not only the case for institutional contexts, but for ordinary, everyday conversations as well (Couper-Kuhlen & Selting, 2018: 7). In terms of conventions and

¹⁸ Because of privacy reasons with regard to the hospital, patient and physicians, the descriptions of the interviews are anonymous. They will be referred to as physician A, B, C, etc., and the patient.

¹⁹ See appendix A for a complete overview of the included consultations.

institutionalisation, all “organisations are to be treated as structures in their own right” (Heritage, 1989: 22; Drew & Heritage, 1992: 18). This is of importance, because every *talk-in-interaction* ought to be examined in its own context, dependent on external factors, such as participants or institution. Thus, when analysing interviews, the context has to be taken into account, because the communicative act is *context-shaped* (i.e., “an ongoing sequence of actions cannot be adequately be understood except by reference to the context in which it participates”), as well as *context-renewing* (i.e., “every current utterance will itself form the immediate context for some next action in a sequence” and, therefore, be understood) (Heritage, 1989: 22). For this reason, each consultation in the corpus of this study, a brief description of the context is presented in Appendix B.

To reveal the systematic structure of interaction, Couper-Kuhlen and Selting (2018: 7) provide several methodological tools to examine these communication events in different contexts. Instruments for analysing conversations are audio or video recordings and the transcription of these interaction. Accordingly, a representation of the naturally occurring talk could be made as faithfully as possible, which will be discussed in the following section.

4.3. Corpus and transcription

As is mentioned in the previous section, the corpus consists of 22 consultations and 11 of these interviews will be used as the data of this study²⁰. In this section, I will present several insights from CA and how this systematic approach was used for the transcriptions of these consultations in order to code them in the analysis (chapter 5).²¹

When illustrating the bad news conversations, references will be made to the transcriptions, which are available integrally in the appendix. The consultations are transcribed following the “conventions for transcribing vocal conduct in talk-in-interaction” (Schegloff, 1987; Lerner, 2004: 4; Hepburn & Bolden, 2013: 58). As the founder of CA, Sacks has developed an approach to transcribe this kind of everyday interaction: it is ‘systematically organised, deeply ordered and methodic’ (Seedhouse, 2013). Three key features are of importance in this analytic approach:

- 1). Speakers are identified at each point where speaker transition is relevant;

²⁰ Transcriptions of the consultations are provided, however, one interview (A-2) was at the time of writing this thesis not available to include, because of hospital instructions.

²¹ A distinction has to be made regarding ‘transcription’ and ‘coding’. The first “focuses on the production of a written record” and the latter, the central theme of chapter 5, is “the process of recognizing and analyzing [...] of phenomena in transcribed speech” (MacWhinney, 2018: 20).

2). Talk is represented as it is produced, not as it might have been intended or as it 'should' have been produced;

3). A fixed width font is used to align overlapping talk and/or visible behaviour (Hepburn & Bolden, 2013: 58).

Yet, transcribing is not as straightforward as it is presented above. Especially Jefferson (2004) made a new design to transcribe conversations. Unique in this approach was the focus on aspects like 'overlap, laughter and pronunciation particulars', so the transcriptions could be read as proper and correct representations of the recordings (Jefferson, 2004: 15). In this thesis, the principles of CA will be adhered to his adjustments, but only to the extent that they are relevant to the aim of the thesis.²² Therefore, analytic features, such as phonetic anomalies, and sound productions (intonation), will not be taken in account in the transcriptions, unless they are relevant for the strategic use of the pronouns examined.²³ The transcriptions will in this way be functional as well as accessible for all readers.

Besides the conversation analytic approach of Sacks, Jefferson and Schegloff, some relevant features of the minCHAT system²⁴ will be used in the transcriptions. Therefore, three key goals need to be achieved: clarity, readability and the ease of data entry (MacWhinney, 2018: 21). The minCHAT system offers a large array of coding options and one of the features consists of the three-letter codes for each participants to indicate which participant is the speaker of the utterance being coded (rule 3; MacWhinney, 2018: 22). In these terms, the notation for physician is PHY, COM means companion and PAT is patient. Another features is to number the sequences before transcribing the utterance. Example (1) provides an illustrations of what the transcribed data in this research will look like.

(1) An example of transcription (Physician B, interview 2):

1. PHY: here let's go.
2. PHY: let's see.
3. PHY: uhm.

²² The aim of the transcriptions in this thesis is to present the content of the conversations. In other words, to provide what is said and only to some level how it is said. This is opposed to try to get as much of the actual sound as possible into the transcripts, which is the goal of CA (Sacks et al., 1974: 734).

²³ For example, aspirations (an 'h' is placed within a word), pitch change and the earlier mentioned features make the interviews difficult to read, like the following sentence: *i'd a' cracked up 'f duh frigg'in (gla-i(h)f y' kno(h)w it) sm(h)a(h) heh heh* (Sacks et al., 1974: 733). On the other hand, stress markers and prolongation (ha:rd is pronounced with a long 'a') are always transcribed. Utterances will be transcribed orthographically and not phonetically which is mostly done in CA transcriptions: *i'll be back inna minnit* instead of *i'll be back in a minute* (Sacks et al., 1974: 733).

²⁴ The system is built in order to be accessible for both human transcribers and the digital computer and its programs.

4. PHY: well, you got something on the vocal cord, right?
[...]
5. PHY: and it seems to be a early stage of a malicious tumour.
6. PHY: you could even say: “*is* it malicious?”
7. PAT: ok.

4.4. Categories of the personal pronouns

The operationalisation of the personal pronouns is the central theme of this paragraph. Though, to provide an analysis of inclusiveness and exclusiveness in the decision making process in medical consultations, a step-by-step plan of how this could be addressed is needed first. Therefore, I will present the lexical classifications and the categories of how these lexical classifications should be interpreted. The categories of Seider et al. (2009: 607) will be used as a methodological approach for coding the personal pronouns used by the physician. The authors distinguish three lexical categories, analogously to the main focus of this thesis:

- (a) Me-words: pronouns that refer to the speaker (e.g., *I, me, mine, myself*)
- (b) You-words: pronouns that refer to the other²⁵ (e.g., *you, yours, yourself*)
- (c) We-words: pronouns that refer to the couple²⁶ (e.g., *we, our, ourselves, us*)

Since the main interest of this thesis is the first pronoun plural, the first and second pronoun singular serve as a control group. Now I will first explain the notions of inclusiveness and exclusiveness regarding the pronouns. Second, I will focus on the ‘we’-words and subsequently, the concept of ‘you’- and ‘me’-words will be examined.

As Bull and Fetzer (2008: 275) state “because of an individual’s multiple social, discursive and interactional roles, a personal pronoun can refer to more than one identity and, therefore, can express multiple meanings”. Furthermore, the use of the first plural with the ambiguous reference in terms of inclusiveness and exclusiveness is normally associated with power and, thus, a useful indicator of status (Íñigo-Mora, 2004: 34; Pennebaker, 2011: 173). Inclusiveness when uttering “we” includes the hearer or audience in its reference scope (“I” + “you”), whereas exclusive “we” excludes the hearer or audience (“I” + my group) (Muhlhausler & Harre, 1990: 169; Íñigo-Mora, 2004: 34; Fortanet, 2004: 48). Since the pronoun “we” may refer to multiple meanings, I have followed Íñigo-Mora (2004: 34-35) and Quirk et al. (1985) to make

²⁵ For more background information see Brown & Gilman (1958: 253-276).

²⁶ In this study, the ‘couple’ may be interpreted as a team of patient and physician.

a distinction in these various versions of “we” in all sorts of speech events and discourse contexts. Five of the eight categories are relevant in the context of this thesis²⁷:

- a. Generic: it is an “enlarged inclusive ‘we’ which may include the whole human race”²⁸
- b. Rhetorical: a specific type of the generic ‘we’, used to refer to a collective party. In the medical field, it could refer to involving the team of physicians.
- c. To refer to the hearer (‘we’ = you): “it is normally used by doctors when talking to a patient [...]. It is an inclusive “we” used to sound condescending [...]”.
- d. To refer to a third person (‘we’ = she/he) and including all the attendees when uttering the proposition.
- e. Nonstandard: plural “us” used for the singular “me” (‘we = me’)

The pronouns uttered by the physician will be further analysed by classifying them in the categories of Quirk et al. (1985). As said, the first category of Seider et al. (2009) consists of the actual personal pronouns uttered, such as ‘I’, ‘you’, ‘we’, and ‘she’ and ‘he’. Observing the categories of Quirk, I interpreted variants c), d) and e) as ‘actual’ personal pronouns, because these three types of ‘we’ all imply a different pronoun. However, the class of ‘we’ that refers to a third person (we = (s)he) is not relevant to the corpus used in this thesis. The reason for this is that the consultations consists of a physician and patient. In a number of consults a companion is present, but in those consultations the subject is still the patient, not the third person, so the f- category is not functional.

The third category contains the generic ‘we’ meaning the universal ‘we’ and the ‘rhetorical we’ including in this case physicians in general as well as the team of specialists. However, when investigating the relationship and linguistic exchanges between patient and physician, one particular category is missing: the ‘specific we’ which includes solely the two main participants in a bad news conversation. The ‘specific we’ involves the physician and the patient, mostly spoken by the physician, which I mark as the sixth category (f) (see table 2).

From the perspective of the speaker (i.e., the physician), the types of ‘we = me’ and rhetorical we’ are part of excluding the patient, and ‘we = you’, enlarged inclusiveness and ‘specific we’ are indicators of inclusiveness, since these types of ‘we’ involve the patient which denote a patient-centred care where the interlocutors can cooperate. The latter can, therefore, be seen as an extension of shared decision making. With respect to coding the first personal plural in terms of inclusiveness or exclusiveness, the first and third category of Seider et al.

²⁷ The other types are: *inclusive authorial, editorial and royal*. See Quirk et al. (1985: 350-351) for the complete list.

²⁸ Analogous to the term ‘you’ with a generic reference, meaning ‘somebody’ or ‘one’ (Bull & Fetzer, 2008: 276).

(2009) are of utmost importance. The other categories (i.e., ‘inclusive authorial’, ‘editorial’ and ‘royal’), I will exclude from the analysis, because they are not relevant with regard to the physician-patient interaction and medical bad news conversations.

The other three categories I will use (see table 2 numbers 2, 4 and 5) are to separate the personal pronouns that carry meaning and inclusiveness or exclusiveness from the personal pronouns that are ‘just’ used as fillers, pronouns that cannot be coded or that are uttered as a dysfluency. It is relevant to mark these categories as such, because it should be clear which personal pronouns are included in the analysis and which type of pronoun could have distinct strategic uses.

Table 2. Categories of ‘we’ according to Seider et al. (2009) and Quirk et al. (1985).

Seider et al. (2009)	Quirk et al. (1985)
1). The actual personal pronouns referring to the speaker or other interlocutor(s).	‘we’ = you (c) ‘we’ = me (e)
2) Dysfluencies: pronouns used prior to a repetition and/or the truncation of a proposition: “ you have to...but we eh...”	
3). Generic: pronouns referring to a general or universal other.	Enlarged inclusiveness (a): “ we all have those” (B-1: 308) Specific ‘we’ (f): “ we can consider that with each other” (F-3: 104) Rhetorical ‘we’ (b): “...that is why we have asked you to come here...” (A-2: 30)
4). Filler: pronouns used as part of an idiomatic phrase use to fill a speech pause.	
5). No code: pronouns referring to the speech of a third person. E.g., when physicians use a quotation or references of others.	

Now that the classification of ‘we’ is determined, the categories of the other two pronouns, ‘I’ and ‘you’, are proposed below.

Firstly, the 'I'-system, derived from Seider et al. (2009), contains two categories: the actual personal pronoun referring to 'the self' as a speaker and a class of 'other'. The latter includes:

- a. Dysfluencies: pronouns used prior to a repetition or a restart of a proposition (e.g., "because I think... I find it...").
- b. Filler: pronouns used as part of an idiomatic phrase to fill a pause of speech (e.g., "I mean").
- c. No code: pronouns referring to the speech of a third person. E.g., when physicians use a quotation or references of others.

Especially, the first class is of importance as the labels of 'dysfluency', 'filler' and 'no code' are not making a distinguished difference in interpreting the physician-patient interaction. But, as is already mentioned before, coding these labels of the 'other' category was important for me in order to distinguish the use of pronouns and their strategic function.

Secondly, the 'you'-system also derived from Seider et al. (2009) consists of three classes. Just like in the 'I'-system, the first class is the actual personal pronoun referring to one of the interlocutors, directly relating to the hearer. In Dutch, as opposed to the English language, two variants of 'you' are possible: the informal type (i.e., 'je', 'jij') and the formal form (i.e., 'u'). The second class of 'you' involves the generic form, also known as the pronoun 'one' and is described as "chiefly formal, and is often replaced colloquially by *you*" or 'men' in Dutch (Quirk et al, 1985 in: Mignot, 2015: 281). According to Payne & Huddleston (2002: 427), "one makes clear that there is no reference to the addressee in particular..." and is symbolised in different forms of which two are relevant for this thesis²⁹:

- a. One1: 'everybody'
- b. One2: 'everybody included myself' ('I' is more salient than in One1)

The third class of 'you' consists, just as in the previous system, of 'other'.

- a. Dysfluencies: pronouns used prior to a repetition or a restart of a proposition (e.g., and that is only possible when you... when we have examined everything.")
- b. Filler: pronouns used as part of an idiomatic phrase use to fill a speech pause (e.g., "You know")
- c. No code: pronouns referring to the speech of a third person. E.g., when physicians use a quotation or references of others.

²⁹ The third form, One3: 'I' (i.e., the royal or pretentious form), is not relevant in this thesis, as it is not used in Dutch and is not a construction of the indirect 'you' in medical consultations and bad news conversations (Wales, 1980, 1996).

In this case, and most important to this study, the second class which represents the form of 'one' may have distinctive strategic advantages when using it in arguments of a specific treatment option. The patient may be convinced, because it is used in a generic sense and may, therefore, have an influence on the decision making.

The categories for the pronoun systems of 'I', 'you' and 'we', presented above, are thus pivotal tools for this thesis, in order to interpret the pronouns employed by the physician in the bad news conversations. In the next chapter, these consultations are presented and will be used in the qualitative analysis.

4.5. Summary

In this chapter, I firstly explained the method of this research, by means of using the main relevant insights of CA (following the rules of Sacks et al. (1974) to make transcripts of the consultations, such as transcribe the speech as produced). The pronouns used in the eleven bad news conversation are the basis of the analysis (section 4.2. and 4.3.). Secondly, to distinguish the pronouns, distinct classes have been established, based on the categories of Seider et al. (2009) and Quirk et al. (1985) (section 4.4.). Below, I sum up the classes per lexical category of 'we', 'I' and 'you'. In the analysis, I will follow this specific order to systematically evaluate each class.

- The first pronoun plural 'we': the actual pronoun ('we = me', 'we = you'), enlarged inclusiveness, 'specific we', 'rhetorical we', dysfluencies, fillers, no code.
- The first pronoun singular 'I': the actual pronoun, dysfluencies, fillers, no code.
- The second pronoun singular 'you': the actual pronoun, generic form, dysfluencies, fillers, no code.

5. Analysis

5.1. Introduction

Now that the theoretical frameworks of bad news conversation and strategic maneuvering, and the methodology of my research have been outlined, it is time to analyse the corpus of consultations. The first aim of this chapter is to examine each consultation in order to indicate whether the physicians adhere more to the paternalistic approach or more to the shared decision making (SDM) model, based on their use of pronouns. The second aim is to determine, how the physicians in the corpus maneuver strategically with pronouns regarding their ambiguous character, and particularly with the first person singular, in bad news conversations.

As has been noted, the context is of underlying significance to give insight in how the interactions are structured and what their background is. For a full evaluation of the bad news conversations, including information about the participants, and the prognosis and diagnosis of the health condition, I refer to appendix B. In order to give a detailed description, transcriptions of the bad news conversations are provided (see appendix C). Most interviews consist of a physician, patient and the companion of the patient. If this is not the case in the analysed conversation, this will be mentioned explicitly.

In essence, only the personal pronouns used in the argumentative discussion are relevant for this thesis (see appendix D for the argumentative structures). Nevertheless, some examples have a significant influence on the conversation while not being part of the argumentative discussion. In order to give a complete insight of personal pronoun employment, I will present the pronouns which seem to contribute to the analysis, and will mention whether they manifest in the argumentative discourse.

The model of Van Eemeren (2010) has provided three inseparable aspects to distinguish the strategic function from the personal pronouns within the argumentative moves: topical potential, audience demand and presentational devices. For the purpose of the analysis, these aspects will be discussed separately. Only the personal pronouns of 'I' (i.e., me-words; section 5.3.2.), 'you' (i.e., You-words; section 5.3.1.) and 'we' (i.e., We-words; section 5.2.), based on the categories of Seider et al. (2009) and Quirk et al (1985), that were used in discussing the possible treatment options will be taken in account to eventually draw a conclusion. I will start with the we-words, as the main focus of this thesis and subsequently, the you- and me-words will be examined.

5.2. We-words in the physician-patient bad news conversations

5.2.1. Actual pronouns

Two categories of Quirk et al. (1985) within the class of actual pronouns of Seider al. (2009) will be discussed: 'we = you' (5.2.1.1.) and 'we = me' (5.2.1.2.). Although the companion of the patient is present during the bad news conversation, this party is not a main participant in the treatment decision process and is, therefore, not included in the analysis. Consequently, the category 'we =s/he' is not of relevance for this thesis, as has been mentioned in chapter 4.4.

5.2.1.1. 'We = you' in the physician-patient bad news conversations

In the dataset, I found two physicians who used the 'we = you' construction when conducting the bad news conversations: physician B and D. However, only physician B used this formulation in an argumentative discussion. When opening the conversation, the physician started by discussing the previous consult, in which a malignant tumour on the vocal cord had been discussed (consultation 1). In the present consultation, the physician wanted to discuss the two treatment options, because "you have to do something about it" ((1), line 13).

- (1) 13. PHY: and you have to do something about it.
14. PHY: otherwise it will still go wrong in the end. (1.0)
15. PHY: so that is not what **we** will do I think .
16. PHY: erm, right?
17. PHY: that is not... that is not what you are here for. (1.0)
18. PHY: that will leaves **us** actually with two possibilities for treatment.

The second personal pronoun singular, in turn, can be interpreted as a direct reference to the patient or as a general meaning to act regarding all patients in the same situation and with the same condition. The physician continued stating why it otherwise would go wrong, but he used the first personal pronoun plural subjective (line 15; 'we') and objective (line 18; 'us'). However, the 'we' in line 15 is classified as a 'we = you' construction, because eventually it is the patient's own decision whether they want to act or not, even if that leads to a possible palliative trajet. It could also be interpreted as a specific 'we' (i.e., the patient and the physician), but the physician continued emphasising the reason why the patient would not want to reject the treatment

options and thus avoid a palliative trajectory. For this reason, these two variants of 'we' are interpreted as 'you'.

Using 'we' when meaning 'you' can be seen as a strategic maneuver to give the patient the feeling they are cooperating, while actually the physician is referring to the patient only. The personal pronoun 'we' can thus be seen as a strategic move, in which the choice of 'we' is strategically best with regard to taking action in this medical situation: something the physician prefers. More specifically, the strategic choice to make use of *presentational devices* is more dominant in this fragment. Furthermore, the physician maneuvers strategically by means of *adaptation to audience demand*, since he shifts between singular and plural pronouns to include the patient.

In this fragment, the 'we' used by the physician thus acted as an implicit marker to indicate collaboration between the physician and patient. The other underlying meaning of 'we' is when it is used to actually refer to the speaker himself (i.e., the physician). Therefore, the employment of 'we = me' is a strategic tool to restrict the requirements of SDM. In the next section, this construction and the effects of this usage will be outlined.

5.2.1.2. We = me

The second type of 'we' in terms of actual pronouns is the reference to the self. According to Quirk et al. (1985), the variant of 'we' used to refer to the singular 'me' is called 'nonstandard'. This type of pronoun can be interpreted as a way to make the hearer believe they are adhering to SDM, whereas actually the speaker only refers to him- or herself. This is sometimes used to lead the patient to think or realise they (i.e., the patient and the physician) are cooperating. In the dataset, the 'we = me' type is employed multiple times and will be discussed below.

To start, physician A, for example, discussed the biopsy of a malignant tumour, and whether metastases have been found in the lungs and the neck (A-1). As part of the treatment process, appointments for the CT-scan and an echo needed to be made. In fragment (2) below, it seems to be the case that the physician varies between several variants of 'we' .

- (2) 46. PHY: that means **we** register you at the radiotherapist.
47. PHY: **we** still eh have to wait for the investigations of the echo because it might be **we** have to treat the other neck on the other side as well.
48. PHY: erm **we** will register you or you are already registered at the radiotherapist, eh?

The fragment is part of the argumentative discussion and the first personal pronoun plural in line 46 and 48 can be interpreted as the singular form 'I', because it is the physician who will register the patient to see the radiotherapist. In contrast with the pronoun used in line 47: the 'we' used by the physician here refers to the team of specialists, because the referents have to wait for the results and they perhaps have to operate the other side of the neck. Additionally, the 'we' pronouns could be understood as a specific variant, referring to the physician and patient, since this matter involves the patient as well, albeit only in a passive manner.

Although three types of 'we' that were used in the utterances above pointed to different relational exchanges (the physician, the patient and the team of specialists) and revealed the level of inclusivity with regard to the patient. The fragment above (2) illustrates an attempt to exclude the patient, because the physician, who can be seen as the conversation leader, did not actively include the patient in the argumentative discussion and presented the short-term medical process as already decided facts. The choice for 'we' could, therefore, again be seen as a strategic move.

The use of 'we' instead of the actual 'me' is seemingly conform the wishes and desires of the audience, or as Van Eemeren states (2010: 108) "... to the requirements that must be fulfilled in the strategic maneuvering to secure communion...". As a result, the *adaptation to audience demand* is primary present, because talking in first person plural points at a joint act, which adheres to a SDM process and might make the patient feel comfortable.

Another physician who employs the 'we = me' construction is physician B. He started his third consultation by determining what had been diagnosed so far, before discussing the treatment options that correspond with the tumour found in the throat (3).

- (3) 1. PHY: hey: **we** are going to list all the points of all the diagnostics that have happened, right? (sic.)
2. PHY: so, you have a lump in the throat.
3. PHY: and that is quite large in size.

The pronoun 'we' used in the first sentence of the conversation seems to function as a strategic contribution. From what is indicated by 'so' (line 2), it can apparently be derived that the patient and the physician have had a conversation before in which they discussed the lump. It denotes a life-limiting illness, and therefore, good cooperation between parties is necessary. Speaking as a team may be more essential in situations where less options are feasible. However, in this conversation it was the physician who summed up the diagnosis and the consequences that

concerned the patient and it can therefore, in my opinion, not be seen as a joint act. In this respect, the first plural pronoun involves only the physician when reviewing the state of affairs. Hence, the used pronoun is, as in the previous example, an illustration of a dominant appearance of the aspects *adaptation to audience demand* as well as a strategic use of *presentational devices*.

5.2.2. Generic pronouns

The second classification of Seider et al. (2009) concerns the 'generic pronouns', which is subdivided by the three categories of Quirk et al. (1985) in this thesis: the 'enlarged inclusiveness' (5.2.2.1.), the 'rhetorical we' (5.2.2.2.) and the 'specific we' (5.2.2.3.).

5.2.2.1. Enlarged inclusiveness

According to Quirk et al. (1985; as referred in Íñigo-Mora, 2004: 34), the enlarged inclusiveness is expressed by means of a 'generic we', "which may include the whole human race". With respect to this thesis, the enlarged inclusiveness of 'we' will be interpreted as 'we' that could apply to all humans, and specifically to all physicians, patients and the hospital in general. Interestingly, this construction is not employed in the argumentative discourse by the physicians in the bad news conversations from the corpus. Nevertheless, to give a complete idea of this particular interpretation of the first pronoun plural, the examples below (see 4-6) give an illustration of three 'types' of the 'enlarged we' in other parts of the bad news conversations than the argumentative discussion. Firstly, physician A referred to the department or the hospital in general by expressing 'we' (4). Secondly, physicians B and D used jargon (5; line 187) or specific protocols for particular diseases which are predominantly known by medical specialists (5; line 210). Thirdly, physician B expressed 'we' that concerns all humans, namely all people in the world have lymph nodes (6).

(4) 126. PHY: then **we** will see you back. (A-1)

(5) 187. PHY: erm **we** call that *squamous cell carcinoma*. (B-1)

210. PHY: and chemotherapy, **we** do not have a standard form of chemotherapy for these type of tumours. (D-1)

(6) 308. PHY: yes **we** all have those. (B-1)

As is mentioned above, these propositions used by the three physicians are not included in the argumentative discussion. As a result, the physicians do not employ any strategic moves in the extended pragma-dialectical sense within the speech acts in which they used these propositions. To sum up, this suggests to me that this construction of enlarged inclusiveness is not a useful indicator for shared decision making in the patient-physician relationship.

5.2.2.2. Rhetorical we

A second type of 'generic we' is the rhetorical we' according to Quirk et al. (1985; as referred in Íñigo-Mora, 2004: 34) and "is used in the collective sense of 'the nation, 'the party'". In this thesis, the party includes specifically the physicians affiliated to the hospital department, the physicians involved in the treatment process and medical specialists. The 'rhetorical we' appeared in all consultations from the dataset and are all employed to refer to the team of specialists, except for one proposition by physician F in consultation 2, in which he referred to himself and colleague X (7). The example, however, is not a strategic maneuver in the technical pragma-dialectical sense, as it does not appear in the main argumentative discussion concerning the patient's treatment within the treatment decision process. The proposition in its self, nevertheless, is argumentative.

(7) 193. PHY: eh probably, my colleague X will do the neck surgery.

194. PHY: but eh **we** always do that in consultation together, so that that is not a problem at all.

In most of the used consultations, a prior consultation has been conducted in which a first examination, scan or biopsy has been taken. In a weekly meeting, all the cases ought to be discussed in the team of specialists and the physicians then set up a possible treatment plan that needs to be deliberated with the patients and their companions. It suggests that all the physicians who are part of this particular department are involved and informed about the various patients assigned to the team at large. This involvement explains the high frequency of the 'rhetorical we' in the analysed bad news conversations, as illustrated by example (8).

(8) 8. PHY: **we** have agreed some research and **we** have discussed you in the seminar last

uh Friday.

9. PHY: where everyone is present, uh, so to speak.

10. PHY: **we**, all specialists who treat in this area.

11. PHY: and a little plan is made.

Another reason for frequent use of the 'rhetorical we' may be that this type serves as an extra convincing factor. The shift from the 'we = me' variant to the 'rhetorical we' may, therefore, be a strategic move and could be characterised as a *presentational device*. This can be best explained by the following example: the expression 'we think that would be a better treatment option' may weigh more heavily than 'I think that would be a better treatment option'. Instead of having one experienced and medically educated physician, the physician spoke from the perspective of a whole team of highly knowledgeable and experienced physicians. The speaker addressed the hearer by formulating the bad news based on the professional status of the physician and the aspects that are leading are *topical selection* and *adaptation to the audience*. Some patients find comfort by knowing the prognosis and diagnosis are made by a whole team.

As will be discussed in the next section, the 'rhetorical we' however is ambiguous and can be interpreted as the 'specific we' as well. The alternation between these types of personal pronouns may, therefore, act as a strategic move in which the perception of cooperation is given, but in fact is otherwise: an inclusion of the physician only (and his team of specialists).

5.2.2.3. Specific we

The 'specific we' is added to complete the categories of Quirk et al. (1985) as the main participants in bad news conversations are the patient and the physician. In this thesis, the term 'specific' includes the physician and patient participating in the bad news conversation as a separate group, and the 'specific we' is, therefore, coded as such. This type of 'we' provides insight into whether the physician is acting according to the principles of the SDM model, especially when 'specific we' is used in considering treatment options together (9). The physician expresses a joint act in the propositions, which underlines the partnership between the patient and the physician.

(9) 65. PHY: eh that means **we** have to look at the next treatment opportunity. (B-3)

(10) 156. PHY: a decision **we** have to make together. (C-1)

104. PHY: well yes **we** can consider that with each other. (F-3)

However, when these propositions are examined in greater detail, the use of ‘we’ does not exclusively point to shared decision making. For instance, the propositions above (9 and 10) are examples of the two extremes of the interaction models in medical consultations: the paternalistic model and the SDM model. The first utterance (9) could be analysed as a form of paternalism in which shared decision making appears. The personal pronoun ‘we’ could be seen as ambiguous, since it can be interpreted as both a ‘generic ‘we’ and a ‘specific we’ (see section 5.2.2.4). It may seem as an indication of inclusiveness, but in fact it is meant to only include the physicians. The physician implicitly stated that the discussed treatment is not feasible, which is concluded by the team of physicians. From this point of view, the choice for ‘we’ is a strategic move, as it is an advantageous use of *presentational devices* as well as a means to *adapt to audience demand* and select a most useful *topic*.

The second example (10) consists of two propositions that both mark the SDM process between patient and physician: the adverb ‘together’ (line 156) and the reciprocal pronoun ‘with each other’ (line 104) emphasise explicitly the joint act between physician and patient, and can, therefore, not be interpreted differently in terms of ambiguity. Just like the previous example, these two propositions could be considered as strategic moves in which *the adaptation to audience demand* and the exploitation of *presentational devices* are dominant aspects. But by selecting the phrases ‘together’ and ‘each other’ in combination with the ‘we’-pronoun, the speaker aims to please the patient with following the conditions of the shared decision making model.

5.2.2.4. Ambiguity within the ‘specific we’

In every consultation in the corpus, the physicians employ the ‘specific we’-construction. Although this type is straightforward to define, it is more challenging to determine whether the used pronoun is actually referring solely to the patient and the physician. As a result, numerous utterances can be analysed as ambiguous cases in which the pronoun could be interpreted as either ‘rhetorical’ or ‘specific’. An example that illustrates this are the uttered ‘we’ in (11): they could refer to the patient and the physician together as well as to the team of specialists.

(11) 60. PHY: the tumour is quite large in size.

61. PHY: that means actually that when you would not have been radiated in the past, **we** think this tumour would also be too big for radiation.
62. PHY: then the chances of healing are actually considered to be too small.
63. PHY: in that case, you do have the side effects and (1.0) maybe not the efficiency.
64. PHY: and that is unpleasant.
65. PHY: and that means **we** are focusing on the next treatment opportunity.
66. PHY: and in fact, that is only by means of surgery.

In the third consultation of physician B (11), a big tumour has been found with metastases in the throat and, therefore, most of the larynx and lymph nodes in the neck must be removed. This will have a massive impact, with speaking to be challenging, and a comprehensive process of recovery. A large number of 'rhetorical we's' (inclusiveness of the team of specialists) have been uttered before line 60. Just like in the previous consultation, it can be derived from this employment of 'we' that a weekly meeting of the physicians from the department has been taken place: the patient and its case have been a subject of discussion. In this light, the 'we' used in line 65 can be interpreted, on the one hand, as including all the physicians involved. On the other hand, the next steps within the treatment process will ultimately concern the patient. The fragment above shows a direct reference to the patient by using 'you' (line 61 and 63), so this might indicate a dominant use by means of *adaptation of audience demand*. It marks the shift in perspective in which (before line 60) the physicians are the central agents, and subsequently, a more patient-centred way of expressing the treatment arguments develops. Hence, the change in personal pronoun could underline the strategic move within the decision making: from physicians as authoritative subjects to the patient as direct addressee.

5.3. You- and me-words in the physician-patient bad news conversations

As promised, next to analysing the first person plural, I will turn to examining other pronouns, such as the first and second person singular. Firstly, because these classes of pronouns may be a useful "control group", because no or little ambiguity exists in the interpretation of their meaning, in contrast to the first person plural. When 'we' pronouns, as well as 'you' and 'I' pronouns are compared, it may give an insightful overview of when and how they are used strategically by physicians when presenting the treatment options. Secondly, the use of pronouns used by the physician may give a clear indication of the characteristics of the bad news conversation in terms of patient- or physician-centredness.

5.3.1. You-words

In the Dutch language, 'you-words' contain the personal pronouns 'je' (tu-form) and 'u' (vous-form). The informal form 'je' has an ambiguous character, because it could be interpreted as directly addressing the hearer and as an indirect reference to include an enlarged group of humans. As a result, the latter type of the informal form could be interpreted as 'enlarged inclusiveness', where all people could act the same in a certain way, they could expect the same prospects or it refers to what is needed in a general sense. The proposition below (12) is a good illustration of this type: not only the patient needed a trained eye to be able to see what is shown on the scan, but everyone who wants to examine it. The next proposition (13), in contrast, could be interpreted in two ways: either it involved all patients in this particular medical situation or it only referred to this patient directly.

(12). 40. PHY: **you** actually need a trained eye to see it (B-1)

(13). 67. PHY: [in that case] **you** cannot laser anymore and you are stuck with a bigger surgery. (B-1)

In terms of strategic maneuvering, the construction with 'you'-employment may be an effective strategy to persuade the other party, because the argument refers to all people. A clear example is fragment (13): the standard protocol of treating a small lump or a tumour on the vocal cords, like the situation in consultation B-1, was to laser first and to have radiation therapy as a backup; the other way around was not possible. Therefore, the employment of a generic 'you' is a strategic move as it emphasised the best treatment option in this situation (clearly illustrating the potential of 'you' as a *presentational device*). Additionally, *audience demand* as well as *topical selection* are dominant aspects in the strategic maneuver, because the physician explicitly spoke towards the patient and, therefore, a shift in topic and formulation developed.

(14) 61. PHY: because **you** already have had chemotherapy before this operation or that...

62. PAT: yes that has been four years ago.

63. PHY: yes, the only thing **you** could potentially ask the internist is whether there is any chemotherapy.

64. PHY: but it will not cure it.

The other singular form of the second pronoun is 'u' and figures a more formal way of addressing the listener. Interestingly, these forms were used interchangeably by physician F (conversation 3)(14). In this bad news conversation, physician F discussed the results of two scans of the lungs that have been made during a previous consult: the abnormalities found have increased in number and size. The lung scans indicated metastases of the tumour that cannot be cured through surgery or radiation. The physician then turned to whether chemotherapy might be an option or not (line 61). In this proposition, the *vous*-form is used and in line 63, the *tu*-form is uttered by physician F (14), in which the aspects of *audience demand* is dominant. The shift from a formal to an informal type of 'you' to address the patient can be explained by the context of the seriousness of the health condition. Because no treatment can cure the cancer, the physician chose to create an informal, equal and friendly setting. The way of addressing the patient is distinctive in both propositions.

- (15) 57. PHY: the thing **you** have with radiation is that when it [=tumour] returns.
58. PHY: and that is absolutely possible.
59. PAT: **you** can still radiate.
61. PHY: eh?
62. PAT: yes.
63. PHY: so **you** actually have an extra treatment option in reserve.
64. PAT: yes.
65. PHY: because the sequence is that when it comes back after radiation.
66. PAT: **you** can no longer laser.
67. PHY: **you** cannot laser anymore and then **you** are stuck to an extensive surgery.

Interestingly, the second pronoun singular was employed by both the patient and physician B in the second consultation (15). The patient adopted the physician's idiosyncratic and stylistic manner of formulating sentences, in particular the usage of personal pronouns. This could be explained by the asymmetrical relationship between the two interlocutors and by the tendency that interlocutors take over each others conversational contributions (i.e., *coping*; Van Leeuwen, 2014). The physician has the medical knowledge and authority on health issues regarding the patient's condition and, therefore, the strategic maneuvering may have influenced the patient. In the consultation, remarkably, it was the physician who repeated the patient and not the other way around, which is normally to be expected in a bad news conversation. This could indicate of a more patient-centred approach that the physician adheres to.

In contrast with the indirect 'you', the direct 'you' may actually be a strategic maneuver within the argumentative discussion. When the audience is directly addressed, the individual can relate and identify with the current situation, and may, therefore, be more easily convinced of the preferred treatment option by the physician. In other words, the aspects that dominantly arise when examining strategic maneuvering are the *presentational devices* and the *audience demand*.

5.3.2. Me-words

The me-words are referring to the first personal pronoun singular and have no other possible meaning than that it involves 'the self'. However, it has a strategic function when using it in bad news conversations as an explicit way to direct the addressee towards the speaker's point of view or decision. Physician B used the personal pronoun 'I' relatively frequent in contrast to personal pronouns 'we' and 'you' in the first consultation (B-1) and it might indicate that the physician has a (strong) opinion concerning the treatment option(s). In combination with the implicit way of strategic maneuvering, it may result in a 'successful influential act'. Since physicians are generally the more authoritative person and knowledgeable concerning the health condition of the patient, it is only logical for the patient to follow their suggestions. From this perspective, the use of 'me' could be a good indicator of knowing what would be best with regard to the oncological situation. Yet, above all, the frequent use of me-words by the physician indicates a physician-centred approach of conducting the bad news conversation (i.e., paternalistic approach) instead of adhering to the SDM model (i.e., patient-centred care).

Strikingly, in the bad news encounter of physician D, the physician speaks more frequently from the self by using 'I' than the forms 'you' and the 'specific we'. Most of the first person singular pronouns are not employed within the argumentative discussion and the proposition, illustrated beneath in (16), is used by the physician to explain how to treat the facial nerve. The patient may feel comfortable knowing this particular physician will be the surgeon executing the operation and being informed of all the details of the proceedings of the operation. In this consultation, a tiny malignant tumour on the vocal cords had been ascertained and two options of treatment were proposed: radiation or laser therapy. Halfway through the consultation, the patient expressed his anxiety for losing his voice. The physician responded (line 103) and emphasised that neither radiation or laser therapy will cause voice loss, but the tumour must be removed by one or the other. This may convince the patient of choosing to undergo surgery.

(16) 103. I would not worry about that.

The proposition showed in (16) illustrates the ‘power’ of ‘I’. Even though, it is not expressed in the argumentation or it does not concern the treatment decision directly, it shows what the physician thinks of the medical matter and what would be the best next step in the treatment process from the physician’s point of view. Rhetorically, the speaker appeals to his *ethos*³⁰: the physician’s personality, experience and expertise, which might be particularly effective in a medical consultation given the asymmetry in knowledge and expertise between the physician and patient.

(17) 221. PAT: well, actually I have no choice, have I? It needs... It will

222. COM: **your** choice. I made up my mind already.

223. PHY: you know, **you** do have a choice. The choice between treatment and no treatment. And **you** have to make this consideration yourself.

227. COM: yes. Do it, treatment.

In contrast to the physician’s use of ‘I’, the patient’s use of ‘I’ may indirectly indicate shared decision making, or at least a patient-centred approach (conversation E-1). The treatment option involved a risky operation of removing the complete lower left jaw, therefore, the physician emphasised the free choice the patient has and whether to treat the tumour or not by stating “you do have a choice” and “you have to make this consideration yourself”. The direct ‘you’ strategically invites the addressee to respond with ‘I’ and because no ambiguity is involved around the semantics of this pronoun, a patient-centred approach is suggested. Additionally, the physician appeals to the strategic function of ‘I’, which indicates of a dominant presence of the aspects *adaptation to audience demand* and *presentational devices* within the strategic maneuver. However, this fragment is not part of the argumentative discussion, so no strategic maneuver, in the technical sense, has taken place.

5.4. Others

In the previous two section, the personal pronouns used by the physician have been discussed that give an insightful analysis with regard to the SDM principles within and outside the

³⁰ As opposed to *logos*, “*ethos* [and *pathos*] are not necessarily argumentative but can provide content in the construction of enthymemes” (Van Eemeren, 2010: 69).

argumentative discussion. However, it is also important to take the 'other' personal pronouns into consideration as they might give a more comprehensive picture of how the interlocutors relate to each other, as it can potentially reveal the stance of the speaker towards the other. These pronouns need a category of their own, since they are not part of the 'actual pronouns' or the 'generic pronouns' classes. In this thesis, the 'other' pronouns can be divided into two, based on the categories of Seider et al. (2009): first, as 'disfluent speech' or as 'unease of expression' (5.4.1.), and second, as a filler, such as "you know", or as a quote or citing someone else (5.4.2.).

5.4.1. Dysfluency

The first category involves propositions that have started grammatically, but ended ungrammaticality. In this case, the speaker has decided to change the utterance by shifting between pronouns when starting over (i.e., disfluent speech). The alternation could reveal their stance towards the patient at that particular moment.

(18) 156. PHY: but **we** eh...

157. PHY: **you** have to see it as a kind of thermal lance, eh?

After proposing the possible treatment options, Physician B explained how laser therapy works and describes what the protocol of this particular treatment will look like. He shifted from the first pronoun plural to a second pronoun singular (18), which may illustrate that the physician wanted to directly address the patient, since the patient is the main person concerning the treatment. From this point of view, it could be interpreted as a strategic move with a primary focus on the aspect of *audience demand*. The shift indicates patient-centredness, instead of keeping the focus on the (team of) physicians. Despite the possible strategic aspects of these propositions, the propositions are not part of the argumentative discussion, and could, therefore, not be seen as a strategic maneuver.

(19) 197. PHY: and that is possible when **you**...

198. PHY: when **we** have [examined] everything

Interestingly, physician D (consultation 1) shifted in the opposite direction: from the second singular to the first plural (19). After proposing the possible treatment options for the malignant

tumour and metastases towards the lymph vessels, the physician talked about the practicalities concerning the stay in the hospital, surgery and the period the patient needed to wait before the surgery will take place. In this sense, the physician has the 'power' to access the needed information and what needs to be done before surgery. The choice for 'we' is, therefore, strategically best to make sure the patient follows the physician's advice. However, just like the previous fragment, these propositions are not part of the argumentative discussion. Subsequently, the patient asks what his survival rate is on that moment, and whether there is a good perspective or not for the long term.

(20) 111. PHY: my proposal is that I uh...

112. PHY: that **you** will have an appointment to talk with nursing consultant X.

In contrast, physician F (consultation 3) changed from 'I' to the formal form of 'you'. From this alternation can be derived that the physician actively realised that the patient is the central figure in the medical process and not him as the authoritative speaker and conversational leader. Because these propositions are uttered in the argumentative discussion, the choice for 'you' instead of 'I' can be seen as a strategic move in which the aspects of *presentational devices* of the argument and *adaptation of audience demand* are dominantly present (i.e. the patient (and his or her companion)) according to a patient-centered approach of communication.

5.4.2. Fillers and no code

Personal pronouns can additionally be used as a filler or a quotation in terms of the categories of Seider et al. (2009). The former consists of idiomatic expressions in order to fill a moment of speech pause, such as "like", "I mean", "right", "um", "actually", etcetera. These elements are also called *discourse markers*: speech acts that are not part of the lexicon in general, but appear extensively in the personal lexicon when having a real interaction (Laserna, Seih & Pennebaker, 2014: 329). Overall, discourse markers have a pragmatic function, because they are understood by its context and interpretation.

(21) 223. 'You know?'

291. 'Don't you think?'

- (22) 51. 'Do you know'
108. 'Yes you know...'

Little can be said about the fillers as regards to shared decision making and the physician-patient relationship. It is an informal way of speaking which occurs in most day-to-day and mundane conversations. What can, however, be emphasised about this phrasing or locution is that it marks a moment for agreement between the interlocutors, which can indicate a joint act (i.e., SDM). On the one hand, the fillers may act as an rhetorical question, but may, nevertheless, give the feeling of adhering to a dialogue. On the other hand, using fillers, as in (21) en (22), physician B (consultation 3) and physician C (consultation 1) directly asked about the hearer's opinion, which served as a moment to switch roles in terms of speaker and hearer. In the case of the latter, it could be seen as an *adaptation to audience demand*. Interestingly, no first pronoun plural is used in fillers. Speakers mostly employ fillers talking from their own perspective or addressing the hearer directly, but not in a plural form.

Besides fillers, this type of 'others' contains quotations expressed by the physician and all quotes involve a reference to the patient. This construction may indicate empathy of the physician and understanding how the patient feels in the decision making process. Towards the end of consultation 3, the physician applied the construction of quotes multiple times. Perhaps, because of the serious health condition of the patient, he expressed his empathy by talking from the patient's perspective. In this sense, it would serve as a strategic move with a dominant presence of *adapting to audience demand*. The patient may feel understood and taken seriously, and therefore, the patient could agree to what the physician proposes. As is illustrated below in both examples (23 and 24), the quotes can be phrased with using both 'I' and 'we' pronouns.

(23) 174. PHY: and then **you** might have a consideration like: "yes doctor, **I** have had a great life, just let it go."

(24) 265. PHY: **we** can say of course: "well, **we** will put you on the list for operation and **you** will go to the anesthetist and then everything will roll."

As is underlined above, the quotation-construction is a form of understanding, so it could be best described as a strategic maneuver that dominantly *adapts to audience demand*. The physician made use of complying to the patient's wishes and emotions and, therefore,

accommodates his language use to do so. Additionally, the construction is a strategic use of *presentational devices* to present the propositions in the best way.

5.5. Comparison of pronouns

In order to make a systematic comparison between the given categories and across the bad news conversations, an approach has been proposed in the summary of the previous section (4.5). Within the *we*-words, the 'rhetorical *we*' and 'specific *we*' are the most exemplary of this dichotomy in interaction models and these will be compared with the two 'control' pronouns: 'I' and 'you'.

I. Between 'rhetorical *we*' and 'specific *we*'

The different uses of '*we*' is clearly illustrated in the following two propositions: the 'specific *we*' in "**we** can also choose, for example, only to remove those almonds first" (F-2; 43) and the 'rhetorical *we*' in "so, **we** arranged a CT for the lungs for you" (A-1; 30). Physician F included the patient actively in the treatment process by selecting the verb 'choose' in the first phrase. As a result, a joint act consists between the two participants and the bad news conversation is, therefore, rather patient-centred. The opposite is illustrated by the second phrase: Physician A talked in the past tense, which indicated the decision concerning the scan was already made and, therefore, excluded the patient.

However, no clear division between 'specific *we*' and 'rhetoric *we*' is present. The first person plural can be used ambiguously, which makes it difficult to interpret the referent. The proposition "that is not what **we** are going to do I think" (B-1; 15) can be identified as oriented at shared decision making, because of the '*we*' used by the physician, but the tag 'I think' at the end directs the patient towards his or her decision 'to not do that' in a more paternalistic sense. As a result, the proposition could also be interpreted as an indicative of a paternalistic approach.

In general, this means it can be expected that some physicians use implicit propositions to seemingly follow the principles of shared decision making, but in fact do not. Additionally, the effect of '*we*' could be described as an *illusion of decisional control*, following the terms of Engelhard et al. (2016: 59).

II. Between 'I', and 'rhetorical *we*' and 'specific *we*'

When looking strictly at the first person singular, the 'I' is, evidently, in line with the paternalistic approach as the speaker is talking from the perspective of the self and, therefore, not including

the patient in the shared decision making: “Eh in any case, **I** will continue to post treatment after the surgery in the form of radiation (D-1; 41). The ‘rhetorical we’ can exclude the patient as well, but less clearly, as the pronoun ‘we’ may conceal the actual referent, in this case the physician and his team. In other words, both the categories of ‘I’ and ‘rhetorical we’ could exclude the patient, but in a different degree and the category of ‘specific we’, in contrast, is explicitly including the patient.

III. Between ‘you’, ‘rhetorical we’ and ‘specific we’

The second person singular as in the following sentences “And **you** have to do something about it” (B-1; 13) and “ What do **you** think?” (F-1; 72) were explicitly inclusive as regards the patient. It could be concluded that this construction enhances the SDM process between the interlocutors. Nevertheless, the construction of ‘you’ seems to be used typically as an indirect or generic form to explain a certain health protocol or to describe a particular medical condition. This different interpretation of ‘you’ may not be of much use when categorising the pronouns in exclusiveness or inclusiveness regarding the patient.

5.6. Summary

In this chapter, the qualitative analysis has been made to examine the personal pronouns of ‘I’, ‘you’ and ‘we’ and the various classes: ‘the actual pronoun’, generic type (‘enlarged inclusiveness’, ‘specific we’, ‘rhetorical we’), dysfluencies, fillers, no code. This analysis has shed light on the matter of strategic maneuvering by physicians by means of personal pronouns and it has led to several interesting observations. First, I determined how the different pronouns could be defined into the various classes. Second, how the different types can illustrate the two interaction models. On the one hand, the classifications of ‘I’, ‘we = me’ and ‘rhetorical we’ indicated a paternalistic approach (exclusiveness). On the other hand, the classification of ‘specific we’, ‘we = you’ and ‘you’ (direct pronoun) facilitated the principles of the SDM process (inclusiveness).

The physicians seem to have made use of strategic maneuvering to, supposedly, adhere to the principles of shared decision making, while actually directing the patient towards the speaker’s own opinion or decision. To investigate this matter, the three aspects of strategic maneuvering (*topical selection*, *adaptation to audience demand* and *the exploitation of presentational devices*) were used to describe the strategic function of the used pronouns in the argumentation. The physician chooses the best argument of all possible arguments when

proposing the patient treatment options (topical selection). Additionally, the physician complies to the requirements of the patient and select the best arguments or phrases to be most convincing (audience demand). In some stages of the discussion, it is rhetorically best for the physician to use an 'enlarged inclusiveness' instead of a 'rhetorical we'. Furthermore, the presentation of the argumentative moves may be strategically chosen, so that they are in favour with the treatment preference of the physician (presentational devices).

6. Conclusion

The central theme of this thesis was the strategic use of personal pronouns used by physicians in bad news conversations. More specifically, it was studied how the semantics and pragmatics of particular personal pronouns can influence the communication about the oncological treatment process. The first aim was to investigate the different pronouns as 'I', 'you' and 'we', and how these act in various contexts, used by the physicians in my study, and how these can refer to multiple, 'invisible' agents. Since the word class of personal pronouns can be characterised as 'style' or 'function' words as shown in chapter 2.4, it might have a significant influence on the interpretation and usage of content words. To put it differently: personal pronouns are a useful tool to reach the speaker's strategic goal both rhetorically and dialectically. The second aim was to examine each consultation and the pronouns used within it, in order to classify them into the two interaction models: the paternalistic and the shared decision making model.

In chapter 2, the well-known asymmetrical relationship between the patient and the physician was another element that influenced the physician's strategic maneuvering in bad news conversations, as was demonstrated. This is because the interlocutors have never been equal in terms of medical knowledge, expertise and experience, which gives the physician an authoritative status in respect to the patient. Given these factors and circumstances, physicians may be likely to emphasise and convince the patient of a specific, 'primary' treatment option as opposed to discuss all possibilities, as has been demonstrated by Snoeck Henkemans & Mohammed (2012: 23) and Engelhardt et al. (2016: 59). Additionally, it has been shown that the use of particular pronouns can indicate the degree of inclusiveness of the patient. However, because of the ambiguous character of pronoun, it might be hard to deduce the kind of interaction the physician adhered to.

The phenomenon of strategic maneuvering has been outlined in chapter 3. Every conversation is (implicitly) argumentative and by means of the three aspects of strategic maneuvering (presentational devices, audience demand and topical selection), the strategic function of each argumentative move can be revealed. As a result, these aspects can illustrate the role of the pronouns within the treatment process in medical conversations. Instead of focusing on just one of the aspects, all were considered worthy to be analysed.

In order to examine the pronouns in the argumentative discussion, different categories were presented in chapter 4: 'the actual pronoun', generic type ('enlarged inclusiveness', 'specific we', 'rhetorical we'), dysfluencies, fillers, no code. These classifications were based on

the findings of Seider et al. (2009) and Quirk et al. (1985). By means of the transcriptions, following the method of the Conversation Analysis, I was able to interpret the pronouns in their occurring setting.

The analysis (chapter 5) showed clearly that the first pronoun singular is a representative of physician-centred care, just as the classes of 'we = me', and perhaps less clearly the 'rhetorical we' and the indirect form of 'you'. No conclusion could be drawn regarding the classes of 'enlarged inclusiveness' and the 'me-words', because they did not manifest in the argumentative discussion. Although, it has been underlined in the theoretical framework of this study that the paternalistic approach is not ideal and not recommended in the medical field, the use of 'paternalistic' pronouns could be of use in the treatment process as well. In general, some patients prefer to be informed by a physician who acts by means of the 'doctor knows best' stance and who appeal to their ethos by using the first person singular. This was illustrated in my analysis as well: 'I would not worry about that' (p. 43). Other outcomes of the analysis (chapter 5) were the pronouns that, on contrast, facilitated the patient-centred care (i.e., SDM): the 'we = you', the direct type of 'you' and the 'specific we'. However, it turned out that the indirect type of 'you' was characteristically used by the physicians to explain a generic treatment process. In the case, it may not be appropriate to classify this type of pronoun into exclusiveness or inclusiveness of the patient. The 'specific we' could also be characterised as implicit paternalism and can, from this perspective, be closely linked to the 'rhetorical we'. Hence, the 'we' used by physician is ambiguous in terms of including the patient, because of its context, the stance of the physician and the pragmatics of other pronouns.

As the main focus of this study, the first personal plural can be described as a form of *implicit persuasion* (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009; Engelhardt et al., 2016; 2018). From this perspective, the 'we' and its ambiguous character could be seen as an *illusion of decisional control* (Engelhardt et al., 2016: 59), which is in line with the expectation of strategic maneuvering in the treatment process by the physician. Furthermore, 'we' can be employed to shift away from responsibilities, because of the delicate character of bad news conversations, which results in over-inclusion (i.e., 'enlarged inclusiveness') (Fetzer & Bull, 2008: 275/281). These types all illustrate the strategic use that 'we' pronouns in particular can have.

7. Discussion

This present study has presented a qualitative analysis of multiple medical bad news conversations that contribute to examine the use of personal pronouns by physicians. Overall, these conversations give understanding of different interactional issues that arise when conducting a bad news conversation (such as the patient-physician relationship and the corresponding hierarchy between the interlocutors). This thesis illustrates how important effective communication is and the consequences of effective, and, therefore, stylistic and rhetorical language use, in particular employed by the physician. Nevertheless, throughout the operationalisation of the personal pronouns and the process of analysing them in the chosen corpus, numerous limitations and side notes have appeared. In the following paragraphs, I will outline them in more depth.

Although, it is often evident what is meant with the personal pronouns used by physicians considering the context and previous proposition(s), the extent of inclusiveness of, for instance, the first person plural can be hard to deduce. How to code and classify the expressed pronouns can be a case of subjective interpretation of the analyst. With regard to the main interest of this thesis, the first person plural, a fine line exists between the 'rhetorical we' and the 'specific we' which makes it a complex matter to analyse. What has been shown from the observations in the analysis as well, is the frequent use of 'you' (the informal type in Dutch) by physicians. When physicians explain the medical issue, they characteristically tend to shift between a direct reference to the addressee and an indirect use of enlarged inclusiveness, such as the proposition "the thing **you** have with radiation is that when it comes back, and that is absolutely possible, **you** can still radiate". As has been discussed in the analysis, this construction can be perceived as either interpretation (i.e., direct or indirect 'you') or as a generic form. In cases of ambiguity and multiple interpretations, the pronouns were analysed in context of the specific medical situation and the pragmatics of the conversation.

A reason for the existing ambiguity is the question of how the terms of inclusiveness and exclusiveness are used. In this present study, the terms might need to be attenuated, because they have not been defined as strictly as what was actually needed in retrospect. Just like Karnieli-Miller & Neufeld Kroszynski (2018: 133) discuss, the treatment process contains more participants than the people present during the bad news conversation (i.e., patient, physician and companion(s)). Thus, for future research, it might be interesting to explicitly define what the inclusiveness and exclusiveness of each pronoun contains, including (medical) individuals involved outside the consulting room when breaking bad news (i.e., nurse assistants and

consultants, physicians of other medical departments and hospitals, etc.), When the inclusiveness and exclusiveness would be defined more precisely, it might have a different effect on the strategic moves made in the argumentative discussion.

A next limitation concerns the pragma-dialectical argumentation theory, which was used in this study. This theory assumes that every discussion contains doubts from the hearer's perspective concerning the standpoint of the speaker. Rather than an explicit difference of opinion existing between the interlocutors, like in political debates, an implicit and minimal discussion evolves in these bad news conversations. This particular situation captures the 'problem' of the argumentation theory: when arguments are given by the physician (i.e., the speaker), a difference of opinion is established and, therefore, a discussion is assumed to take place between patient and physician. However, in consultations oftentimes just one treatment option is feasible and the arguments given are the explanation of why it would be best to choose this option anyway. In terms of the argumentative theory, the question arises whether a real discussion would be possible: if the physician would not make use of any strategic maneuvering, he or she would just follow the protocol and involves the patient out of courtesy. Nevertheless, a discussion could perhaps in fact evolve when the palliative traject is taken in consideration as option and in this sense a difference of opinion may exist or may be solved.

As has been emphasised multiple times in this thesis, the academical field of (conversational) medicine strongly prefers and, therefore, recommends the ideal model of SDM to physicians. However, it is not always feasible to adhere to the principles of SDM, because of a complex health matter or just because the patient is uncomfortable with making a final decision for his or her own. According to Henselmans & van Laarhoven (2018: 179), "this does not hamper but rather ultimately supports shared decision making", as long as the physician acts following the patient centered care. In other words, the physician ought to create a joint act between the two interlocutors and he ought to put the patient central throughout the consultation, but as conversation leader, the physician needs to know when it is preferable to act more paternalistic in interest of the patient.

Additionally, further research is needed to assess characteristics of the patient, such as "race, culture, gender, beliefs, education level and language spoken, as it may all function as potential barriers to effective doctor-patient interaction" (Matusitz & Spear, 2014: 260). In this thesis, physicians and their language use and status were the main focus. Nevertheless, to acquire a complete representation from the perspective of both patient and physician, the social aspects of the patients needs to be included as well. This will result in a more comprehensive and thorough research because of the complex situations of bad news conversations.

A last element that invites further research is the effect of copying the phrases and idiosyncratic language use of the interlocutor. It was beyond the scope of this thesis to include the influence of this stylistic aspect on the argumentative discussion. Therefore, this specific kind of interaction may be an interesting subject for investigating a different area of medical language use between patient and physician. The stylistic aspects in bad news conversation are, in this sense, underexposed and could form a research on its own. Explicit linguistic features like 'right?' and other discourse markers are examples of aspects that could have an influence on the treatment process, as a result of the asymmetric relationship between physician and patient.

Hence, more research is required to understand and improve the quality of medical communication in bad news conversations in terms of inclusiveness of the patient by personal pronouns. The patient's outcomes and quality of life can be enhanced when the abilities of physician will be more effectively conveyed.

References

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311.
- Bhat, D.N.S. (2004). *Pronouns*. Oxford University Press on Demand.
- Bolden, G., & Hepburn, A. (2018-03-28). Transcription for Conversation Analysis. *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. Retrieved 24 Apr. 2018, from <http://communication.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-131>.
- Boudreau, D.J., Cassell, E., & Fuks, A. (2009). Preparing medical students to become attentive listeners. *Medical teacher*, 31(1), 22-29.
- Bousquet, G., Orri, M., Winterman, S., Brugière, C., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2015). Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. *Journal of Clinical Oncology*, 33(22), 2437-2443.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. JHU Press.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community oncology*, 2(2), 138-142.
- Couper-Kuhlen, E. & Selting, M. (2018). *Interactional linguistics: studying language in social interaction*. Cambridge, University Press.
- Croix de la, A., & Skelton, J. (2013). The simulation game: an analysis of interactions between students and simulated patients. *Medical education*, 47(1), 49-58.
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge Univ Pr.
- Eemeren, van F. H. (2010). *Strategic maneuvering in argumentative discourse: Extending the pragma-dialectical theory of argumentation* (Vol. 2). John Benjamins Publishing.
- Eemeren, van F. H., & Houtlosser, P. (1999). Strategic manoeuvring in argumentative discourse. *Discourse Studies*, 1(4), 479-497.
- Eemeren, van F. H., & Houtlosser, P. (2006). Strategic maneuvering: A synthetic recapitulation. *Argumentation*, 20(4), 381-392.
- Eemeren, van F., & Snoeck Henkemans, F. (2011). *Argumentatie: inleiding in het identificeren van meningsverschillen en het analyseren, beoordelen en houden van betogen. -4e herz. dr.* Groningen Noordhoff
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. & Edwards, A. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367.

- Engelhardt, E. G., Pieterse, A. H., van der Hout, A., de Haes, H. J., Kroep, J. R., van Ufford-Mannesse, P. Q., Portielje, J.E.A., Smets, E.M.A. & Stiggelbout, A. M. (2016). Use of implicit persuasion in decision making about adjuvant cancer treatment: A potential barrier to shared decision making. *European Journal of Cancer*, 66, 55-66.
- Engelhardt, E.G., Pieterse, A.H. & Stiggelbout, A.M. (2018). Implicit persuasion in medical persuasion. An overview of implicitly steering behaviors and a reflection on explanations for the use of implicitly steering behaviors. *Journal of Argumentation in Context*, 7(2): 209-227.
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J., ... & Kaesberg, P. (2017). Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial. *JAMA oncology*, 3(1), 92-100.
- Fetzer, A., & Bull, P. (2008). 'Well, I answer it by simply inviting you to look at the evidence': The strategic use of pronouns in political interviews. *Journal of language and politics*, 7(2), 271-289.
- Fortanet, I. (2004). The use of 'we' in university lectures: reference and function. *English for Specific Purposes*, 23(1), 45-66.
- Galdiolo, S., Roskam, I., Verhofstadt, L. L., De Mol, J., Dewinne, L., & Vandaudenard, S. (2016). Associations between Relational Pronoun Usage and the Quality of Early Family Interactions. *Frontiers in psychology*, 7, 1719.
- Gardelle, L., & Sorlin, S. (Eds.). (2015). *Personal pronouns: an exposition*. In: Gardelle, L., & Sorlin, S. (Eds.). *The pragmatics of personal pronouns* (Vol. 171). John Benjamins Publishing Company.
- Gildersleeve, S., Singer, J. A., Skerrett, K., & Wein, S. (2017). Coding "We-ness" in couple's relationship stories: A method for assessing mutuality in couple therapy. *Psychotherapy Research*, 27(3), 313-325.
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. Understanding decision-making in healthcare and the law. *Healthcare Quarterly*, 12(Sp), 186-190.
- Hepburn, A., & Bolden, G. B. (2013). The conversation analytic approach to transcription. *The handbook of conversation analysis*, 57-76.
- Heritage, J. (1989). Current developments in conversation analysis. *D. Roger & P. Bull (Eds.), Conversation: An interdisciplinary perspective*, 21-47.
- Íñigo-Mora, I. (2004). On the use of the personal pronoun we in communities. *Journal of Language and Politics*, 3(1), 27-52.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. *Pragmatics and Beyond New Series*, 125, 13-34.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65.

- Karnieli-Miller, O., & Eisikovits, Z. (2009). Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Social science & medicine*, 69(1), 1-8.
- Labrie, N. (2012). Strategic maneuvering in treatment decision-making discussions: two cases in point. *Argumentation*, 26(2), 171-199.
- Laserna, C. M., Seih, Y. T., & Pennebaker, J. W. (2014). Um... who like says you know: Filler word use as a function of age, gender, and personality. *Journal of Language and Social Psychology*, 33(3), 328-338.
- Leeuwen, M. van (2014). Taalkundig-stilistische analyse: de casus Wilders / Pechtold, *Tijdschrift voor Taalbeheersing* 37(1): 33-78.
- Lerner, G. H. (2004). On the place of linguistic resources in the organization of talk-in-interaction: Grammar as action in prompting a speaker to elaborate. *Research on language and social interaction*, 37(2), 151-184.
- MacWhinney, B. (2018). Tools for analyzing talk. Part 1: The CHAT transcription format.
- Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor-patient communication: an updated examination. *Social work in public health*, 29(3), 252-266.
- Maynard, D. W. (1991). Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American journal of sociology*, 97(2), 448-495.
- Nimmon, L., & Regehr, G. (2017). The Complexity of Patients' Health Communication Social Networks: A Broadening of Physician Communication. *Teaching and learning in medicine*, 1-15.
- Muhlhausler, P. & Harre, R. (1990). *Pronouns and people: The linguistic construction of social and personal identity*. Blackwell.
- Nimmon, L., & Stenfors-Hayes, T. (2016). The "Handling" of power in the physician-patient encounter: perceptions from experienced physicians. *BMC medical education*, 16(1), 114.
- Payne & Huddleston (2002)
- Peck, B. M., & Conner, S. (2011). Talking with me or talking at me? The impact of status characteristics on doctor-patient interaction. *Sociological Perspectives*, 54(4), 547-567.
- Pennebaker, J. W. (2011). The secret life of pronouns: How our words reflect who we are. *New York, NY: Bloomsbury*.
- Pilgram, R. (2015). A doctor's argument by authority: An analytical and empirical study of strategic manoeuvring in medical consultation.
- Porensky, E. K., & Carpenter, B. D. (2016). Breaking bad news: effects of forecasting diagnosis and framing prognosis. *Patient education and counseling*, 99(1), 68-76.
- Quirk, R. (1985). The English language in a global context. *English in the world: Teaching and learning the language and literatures*, 16.

Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1978). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. In *Studies in the organization of conversational interaction* (pp. 7-55).

Schegloff, E. A. (1987). Analyzing single episodes of interaction: An exercise in conversation analysis. *Social psychology quarterly*, 101-114.

Seedhouse, P. (2013). Oral proficiency interviews as varieties of interaction. In *Assessing second language pragmatics* (pp. 199-219). Palgrave Macmillan, London.

Seider, B. H., Hirschberger, G., Nelson, K. L., & Levenson, R. W. (2009). We can work it out: age differences in relational pronouns, physiology, and behavior in marital conflict. *Psychology and aging*, 24(3), 604.

Shetty, A. A., & Shapiro, J. (2012). How To Break Bad News—Tips And Tools For Resident Physicians. *Journal of Medical Education Perspectives*, 1(1).

Sidnell, J. (2016-03-03). Conversation Analysis. *Oxford Research Encyclopedia of Linguistics*. Retrieved 24 Apr. 2018, from

<http://linguistics.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199384655.001.0001/acrefore-9780199384655-e-40>.

Skelton, J. R., Wearn, A. M., & Hobbs, F. R. (2002). 'I' and 'we': a concordancing analysis of how doctors and patients use first person pronouns in primary care consultations. *Family Practice*, 19(5), 484-488.

Snoek Henkemans, A. F. S., & Mohammed, D. (2012). Institutional constraints on strategic maneuvering in shared medical decision-making. *Journal of Argumentation in context*, 1(1), 19-32.

Villagran, M., Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., & Baldwin, P. (2010). Creating COMFORT: A communication-based model for breaking bad news. *Communication Education*, 59(3), 220-234.

Appendices

Appendix A

Table 1. Corpus of bad news interviews

	Total of interviews (n=22)	Usable interviews (n=11)	Reason
Physician A	3	2	Interview is over an hour
Physician B	3	3	-
Physician C	1	1	-
Physician D	2	1	Patient 2 is already in the palliative traject
Physician E	2	1	-
Physician F	4	3	Patient 4 has difficulty with speaking
Physician G	6	0	Interviews are over an hour or are badly recorded
Physician H	1	0	Recording is not complete

Appendix B - Background of consultations

A-1: For the first consultation that will be examined, there are several reasons why this consultations is conducted. Firstly, the outcome of a biopsy taken of the (mouth)palate seemed to be malignant and, therefore, a CT-scan had to be made. Secondly, some enlarged glands were spotted in the patient's neck and this needs to be examined further. Thirdly, a photo of the lunges must be taken to exclude metastatic tumours. The only option is radiation to treat the neck and, as a result, the patient has to make an appointment with the radiotherapist.

A-2: In the subsequent consult by this physician and another patient, a biopt has been taken from the upper jaw and it shows a malignant tumor. Nevertheless, no metastases have been found towards to neck and lungs. The physician proposes treatment after having it discussed with a team of physicians: "our plan... so our proposal is treatment", by means of operation.

B-1: In the consult, a tiny malignant tumour has been ascertained on the vocal cords; a carcinoma. The physician proposes two options of treatment: radiation and laser therapy. Next to discussing the practicalities, both possibilities are being explained with corresponding consequences. In the end, the physician and patient choose the laser therapy as treatment option.

B-2: The patient has been diagnosed with the early stage of (malignant) cancer on one of the vocal cords. To check whether it could be metastasized to the lungs, the physicians wants to make a CT-scan. Also, an operation has to take place in order to laser the abnormal tissue. Because of the less serious character of the bad news (with respect to the seriousness of the disease) and the little impact of the treatment process, little needs to be discussed and even small jokes are being made by both parties.

B-3: In the next consultation by the same physician a big tumour has been found with metastases in the throat with only operation as treatment opportunity. As a result, most of the larynx and the lymph nodes in the neck must be removed which has serious consequences. As a result, speaking will be challenging with a comprehensive process of recovery. The treatment will have a massive impact on the patient's life and hereby, it results in a difficult conversation between interlocutors. The other option is doing nothing, which will eventually lead to palliative

care. The patient decides to have a talk with a peer patient to discuss pros and cons of the operation trajectory in order to make a treatment decision afterwards.

C-1: After being radiated for the tonsils and metastases in the throat, the patient is back in the hospital for a follow up. Because the glands in the throat were not treated optimally, the lymph nodes need to be removed. Thus, by operating the treatment process could be finalised. The difficulties of this treatment option are the risks and complications during operating. No further decisions can be made, because the patient is in the middle of the treatment trajectory.

D-1: After having a biopsy of the salivary glands, the physician has the results which indicate of a malignant tumour and metastases towards the lymph vessels. The physician presents operating as the best way of treatment, with a possible extra treatment option of chemotherapy. Subsequently, the effects of this treatment have impact to great extends and could result in (temporary) paralysis of the nerve near the salivary gland. Eventually, the patient and physician together choose for operating, after the physician has said: "a decision we have to take together" (r. 156). The interview includes a physician assistant as well.

E-1: A MRI-scan showed a big tumour covering the whole lower left jaw, but no metastases towards the neck and the lungs. The only treatment option is operation to remove the jaw and to reconstruct the jaw with a lump of the fibula. The operation is complicated and heavy, and will therefore take the whole day and the patient needs to stay in the hospital for fortnight. The patient responds multiple times with: "that is quite intense, huh?". Eventually the patient says: "well, it has to be done?"

F-1: After having chemotherapy and radiation as a result of tongue cancer, a scan has been made for a check. Based on that the other physician found several glands in the neck which appeared to be malignant. The only possible option is operating, otherwise the patient ends up in a palliative trajectory. Apart from having complications during the operation, the improvement of the quality of life is rather small. Nevertheless, the patient chooses for operating. The interview includes a physician assistant as well.

F-2: The biopsy of a growth in the neck shows malignant cells. The aim of treatment is to find what the primary tumour is. Two options are presented by the physician: first removing the tonsils and wait what can be done further, second removing both tonsils and neck glands.

Subsequently, the physician emphasises: “The latter I had planned in principle given the fact that you uh are abroad frequently, right?” The urgency of acting in terms of starting the treatment option is high.

F-3: A scan of the lungs shows metastases that have been increased in size. However, some problems arise in terms of treatment options, because operation and radiation are no options according to the physician. Chemotherapy is the only opportunity, although this will not cure the cancer and the physicians implicates of starting a palliative traject. This results in great emotive tensions and the companion of patient starts to cry. Appointments of seeing a nursing consultant and a follow up in a month are made.

Appendix C - Transcriptions of the bad news conversations (plus legenda)

A-1

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion, PHA Physician assistant

@Comment:

1. PHY: nou u kwam dus voor de voor de uitslag.
2. PHY: eh... ze...
3. PHY: we hadden een afwijking gezien op de...
4. PHY: op het gehemelte, he?
5. PHY: was een biopt van genomen en dat was...
6. PHY: bleek eh kwaadaardig te zijn.
7. PHY: hebben we eh een CT geno... gemaakt, he?
8. PHY: nou daar zien we de euh afwijking.
9. PHY: wordt daarop gezien.
10. PHY: en die lijkt niet echt uitgebreid te zijn in de richting.
11. PHY: dus het lijkt echt de afwijking die we ook in de in de mond zien.
12. PHY: en verder zijn er wat klieren te zien in de hals.
13. PHY: eh die wat vergroot zijn.
14. PHY: en nou wordt het geadviseerd om daar nog een echo van te maken.
15. PHY: eh en als die die klieren echt zeg maar d'r echt pathologisch uitzien
16. PHY: dus als ze veranderd zijn.
17. PHY: dan kunnen ze daar wat celletjes uit opzuigen en dan kunnen ze dat onderzoeken.
18. PHY: kijken of dat uitzaaiingen zijn eh van van die eh tumor op 't op 't gehemelte.
19. PHY: ja.
20. PHY: verder was d'r eh longfoto was een # kleine verdichting te zien. [telefoon gaat, PHA neemt op]
21. PHY: eh waar waarvan ze op de foto niet goed konden zien wat het is, he?
22. PHY: die foto is een plat beeld van iets driedimensionaals.
23. PHY: dus vaak als je overlap hebt van dingen dan ziet dat eruit als een verdichting.
24. PHY: en uh dan kunnen ze niet zien of dat een afwijking is.
25. PHY: of dat dat gewoon iets is wat over projecteert.
26. PHY: of dat iets is wat ontsteking is geweest in het verleden.
27. PHY: dus dan is het eh eh.
28. PHY: en het advies van de ehm eh radioloog was om daar een scan van te maken, he?
29. PHY: want dan kan je het zeg maar in plakjes zien.
30. PHY: kan je het goed... beter zien wat 't is, he?
31. PHY: dus we hebben voor u een eh CT nog afgesproken van de longen.
32. PHY: en nog een echo van de hals.
33. PAT: en die moet ik straks doen?
34. PHY: ja echo van de hals is straks.
35. PAT: ja.

36. PHY: maar dat wist u al.
37. PAT: ja.
38. PHY: en de CT was de eh 23^e volgens mij.
39. PHY: en die uitnodiging hebben we hier [picks up paper]
40. PHY: ja dat is maandag de 23^e hier in Y.
41. PHY: ja?
42. PHY: en verder als eh die CT dus goed is.
43. PHY: eh dan is de behandeling eh om het te bestralen.
44. PHY en dan de hals aan de ene kant eh te behandelen. (2.0)
45. PHY: he?
46. PHY: dat betekent dat we u aanmelden bij de bestralingsarts.
47. PHY: dat we de onderzoeken van de echo nog even eh af moeten wachten want dan kan het zijn dat we misschien de andere hals aan de andere kant ook moeten behandelen.
48. PHY: eh we zullen u aanmelden of u bent al aangemeld bij de eh radiotherapeut, he?
49. PHY: dat is degene die de bestraling doet.
50. PHY: daar krijgt u een oproep van.
51. PHY: en die zal verder uitleggen eh hoe dat hoe dat in z'n werk gaat en wat dat voor u betekent.
52. PHY: ja?
53. PHY: eh en dan vanmiddag die ehm echo van de hals en dan maandag de CT van de longen.
54. PHY: eh wat mij betreft maken we dan volgende week even een afspraak voor de voor de uitslag van de van deze onderzoeken.
55. PHY: zullen we dat doen?
56. PAT: ja.
57. PHY: ja en dan kunt u ook nog een uitnodiging verwachten van de radiotherapeut.
58. PHY: eh voor de om de behandeling uit te leggen.
59. PHY: eventueel behandelplan te maken en met u te te bespreken.
60. PHY: ja?
61. PHY: tijdens de radiotherapie is de radiotherapeut uw uw dokter.
62. PHY: eh en zo gauw de eh zo gauw de halsklierdissectie...
63. PHY: vaak is eerst de bestraling en dan de halsklierdissectie.
64. PHY: dan komt u weer terug bij ons en dan zullen we dat verder eh uitleggen wat dat voor u betekent en hoe dat in z'n werk gaat.
65. PHY: en na de bestraling doen we een controle.
66. PHY: en dat doen we in begin vaker en dat gaan we dan steeds meer, he?
67. PHY: de periodes worden dan steeds langer waar we tussen controleren en dat doen we dan om en om.
68. PHY: dat proberen we dan vijf jaar vol te houden. (4.0)
69. PAT: ja.
70. PHY: dat is het een beetje in 't kort. (2.0)
71. PHY: ja:?
72. PHY: dus ja.

73. PHY: het is nog niet helemaal [hoest]
74. PHY: alles rond omdat we nog wat onderzoeken moeten doen.
75. PHY: goed.
76. PHY: op zich weten we wel wat er eh he wat er moet gebeuren. (3.0)
77. PAT: oke. (6.0) [PHY coughs]
78. PHY: is het een beetje duidelijk?
79. PAT: ja. (3.0)
80. PHY: waren er nog vragen of uh?
81. PAT: nee. (5.0)
82. PHY: oke. (4.0)
83. PHA: voor u ook duidelijk? [PHY hoest]
84. COM: ja.
85. PHY: zullen we afspraak maken?
86. PHY: ik denk dat het handig is om gewoon even hier te doen, he?
87. PHA: ja want dat is dan én voor de uitslag van de echo en voor de uitslag van de scan van de long.
88. PHY: zullen we dat doen?
89. PHY: waar komt u vandaan? [hoest]
90. PAT: uit Y.
91. PHY: ah oke.
92. PHY: ik denk dat het handig is om dat dan gewoon even hier te doen.
93. PHY: zullen we dat doen?
94. PAT: ja.
95. PHY: maken we volgende week donderdag een afspraak voor die uitslag van die eh van die scan van maandag en de scan van dinge.
96. PHY: en dan uh kunt u tussendoor nog naar eh...
97. PHY: ik weet niet of wanneer die afspraak zal zijn.
98. PHY: maar verwachten wel dat voor die tijd een brief in de bus ligt.
99. PHY: voor die eh voor die uitnodiging.
100. PAT: oke.
101. COM: voor voor volgende week donderdag?
102. PHY: sowieso voor volgende week donderdag kunnen we de afspraak vandaag maken.
103. COM: oh ja ja.
104. PHY: ja dus dan zie ik u sowieso.
105. COM: ja.
106. PHY: goed?
107. COM: Een voor die scan krijgen we dan nog een brief?
108. PHY: voor die scan is hier de uitnodiging.
109. PHY: dat is voor maandag.
110. PHY: en die andere is eh die heeft u waarschijnlijk al voor voor eh vanmiddag.
111. COM: ja voor vanmiddag ja ja.
112. PHY: ja.
113. COM: ja.

114. PHA: en u had gezegd dat het goed was om het gesprek op te nemen, he?
115. PAT: ja.
116. PHA: dan mag u nog tekenen.
117. PHA: dit is het.
118. PHA: u mag het wel even lezen, hoor.
119. PHA: dit is dat toestemmingsformulier dat u daar akkoord voor heeft gegeven.
120. PHA: dat u eh dat dat gesprek wordt opgenomen. (4.0)
121. PHA: ja dank u.
122. PAT: alstublieft.
123. PHY: nou u weet dat als u hiermee langs de balie loopt dan maken ze een afspraak voor volgende week donderdag.
124. PHY: voor de voor die uitslagen.
125. PAT: ja.
126. PHY: dan zie we u dan terug.
127. PAT: oke.
128. PHY: Ja als er tussendoor nog vragen komen, schrijf ze op, he?
129. PHY: dan kunnen we ze volgende week donderdag.
130. PHY: eh kunnen we ze nog even bespreken en beantwoorden.
131. PAT: ja.
132. PHY: goed.
133. PAT: oke
134. PHY: ja?
135. PHY: oke tot volgende week.
136. PAT: bedankt.
137. COM: bedankt.
138. PHA: dag hoor.
139. PHA: wel thuis.
140. PAT: tot ziens.
141. COM: dag!

@Einde

B-1

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM C

@Comment:

1. PHY: ja:.
2. PHY: hij loopt.
3. PHY: dit is het gesprek met meneer X.
4. PHY: geboren dd-mm-jj.
5. PAT: ja.
6. PHY: oke meneer X.
7. PHY: uhm we hadden natuurlijk al het een en ander besproken de vorige keer, he?
8. PHY: d'r is een kwaadaardigheid van uw stemband geconstateerd.
9. PHY: gelukkig een he:le kleintje.
10. PAT: ja.
11. PHY: maar goed hij zit er wel.
12. PAT: ja.
13. PHY: en je moet er wel wat aan doen.
14. PHY: anders gaat het natuurlijk op z'n spontane beloop gaat het alsnog mis. [zucht] (1.0)
15. PHY: dat gaan we dus ook niet doen denk ik.
16. PHY: ehm, he?
17. PHY: daar bent u....
18. PHY: daar bent u ook niet voor. [zucht] (1.0)
19. PHY: dan hebben we voor ons eigenlijk twee mogelijkheden van behandeling.
20. PHY: ehm bestraling en laser.
21. PAT: ja.
22. PHY: en ik zal even het plaatje er nog bij pakken dan kunnen we dat eens goed zien.
[typen op de computer] (2.0)
23. PHY: ehh.
24. PHY: ware het niet dat het niet zo'n mooi plaatje is.
25. PHY: even kijken.
26. PHY: is deze mooier?
27. PAT: xxx een lelijke keel.
28. PAT: hihi.
29. COM: hihi.
30. PHY: hihi.
31. PHY: lelijke lelijke kerel?
32. PHY: zeg je dat nou?
33. PAT: een lelijke keel.
34. PHY: oh ik dacht: "lelijke kerel".
35. PHY: nee sorry. (1.0)
36. PHY: even kijken. (1.0)
37. PHY: ehh. (1.0)

38. PHY: kijk dit is het. [stoel verschuift]
39. PHY: je moet een eh...
40. PHY: je moet xxx.
41. PHY: je moet eigenlijk een geoefend oog hebben om het te zien.
42. PHY: zo klein is het.
43. PAT: ja.
44. PHY: het is dit kleine witte dingetje.
45. PHY: dit.
46. PAT: ja.
47. PHY: ja. (1.0)
48. PHY: beweegt een beetje. (sic)
49. PHY: maar (1.0) naja.
50. PHY: hoe dan ook.
51. PHY: het is zo klein dat we denken dat we met laser goed kunnen weghalen.
52. PAT: ja.
53. PHY: nou is het natuurlijk met alles wat je aan je stembanden mankeert...
54. PHY: kan dat natuurlijk ook gevolgen voor je stem hebben.
55. PAT: ja.
56. PHY: nou dat geldt zowel voor de laser als de bestraling eerlijk gezegd.
57. PHY: dat is niet goed uit te maken wat nou beter of slechter is.
58. PHY: wat je met laser wel hebt is dat stel dat het nog een keertje terugkomt.
59. PHY: en dat kan uitdrukkelijk...
60. PAT: kan je...
61. PAT: kan je dan bestralen.
62. PHY: kan je alsnog bestralen.
63. PAT: ja.
64. PHY: he?
65. PHY: dus je houdt eigenlijk er een eh een extra behandeling achter de hand.
66. PAT: ja.
67. PHY: omdat de volgorde is dat als het na bestraling nog een keer terugkomt.
68. PAT: kun je niet meer laseren.
69. PHY: kun je niet meer laseren en dan zit je gelijk al aan een grotere operatie vast.
[zucht] (1.0)
70. PHY: of aan een hele slechte stem, he?
71. PHY: want soms is het klein...
72. PHY: een klein eh een kleine terugkeer van de ziekte na de bestraling. (sic)
73. PHY: als het heel klein is kan je het alsnog wel laseren soms.
74. PHY: maar dan geneest het heel veel slechter.
75. PAT: ja.
76. PHY: en dan houd je zéker heesheid. [zucht] (1.0)
77. PHY: want eh ik eh las dat u nogal twijfelde over uw stem, he? (1.0)
78. PAT: nou eh.
79. PHY: gezien uw beroep.

80. PAT: nou het eh het punt is een beetje natuurlijk omdat ik eh ook touringcarchauffeur ben.
81. PHY: ja.
82. PAT: ook in het weekend.
83. PAT: dan moet je natuurlijk eh wat omroepen.
84. PAT: en dat soort dingen.
85. PHY: grappen maken.
86. PAT: grappen maken ook ja haha.
87. PAT: en eh dus ja dat betekent dat je een beetje...
88. PAT: kijk als je maar een stem hebt.
89. PHY: ja.
90. PAT: je kunt het volume altijd iets beter zetten dus eh...
91. PHY: ja.
92. PHY: ja ja.
93. PHY: nou kijk dat is natuurlijk ook zo.
94. PHY: stemloos gaat u niet worden.
95. PAT: nee prima.
96. PHY: hees oke. (sic)
97. PAT: dat is het belangrijkste.
98. PHY: dat zou kunnen.
99. PAT: ja.
100. PHY: maar nogmaals dat kan zowel met bestraling als met radiotherapie.
101. PHY: of sorry ehm bestraling en eh laser.
102. PHY: dat is een beetje om het even met deze eh uitbreiding van gezwel.
103. PHY: dus ja.
104. PHY: daar daar zou ik geen extra zorgen over hebben.
105. PAT: nee ne.
106. PAT: en is dit nou preventief?
107. PAT: of is het...
108. PHY: nee nee nee dit is echt.
109. COM: er zit een gezwel?
110. COM: dat wisten wij dus nog helemaal niet.
111. PHY: er zit een gezwel.
112. PHY: ja ja.
113. PAT: die zit er nog steeds?
114. PAT: nee omdat eh omdat natuurlijk eh die bloemkool weggehaald is als het ware.
115. PHY: ja.
116. PHY: maar kijk.
117. PHY: het punt is die is niet eh weggenomen met het oogmerk van een behandeling, he?
118. PHY: dat was dus alleen om te weten wat het is.
119. PAT: nee dus die is te weinig?
120. PAT: er was te weinig.

121. PHY: dus je moet nu echt die wortel waar het vanuit gegaan is.
122. PAT: ja.
123. PHY: dus dat is het slijmvlies van de stemband.
124. PAT: ja.
125. PHY: *dat* moet nu weg.
126. PAT: prima.
127. PHY: en dat kan best zijn dat er dan niet eens veel meer inzit.
128. PAT: nee nee.
129. PHY: dat zou kunnen, he?
130. PHY: dus dat de bulk al weggenomen is.
131. PAT: ja.
132. PHY: en dat er eigenlijk nog maar een klein restantje of soms géén restant is.
133. PHY: dan kan ook nog.
134. PAT: ja.
135. PHY: nou ja dan dan dan zit je eigenlijk....
136. PHY: dan heb je het eigenlijk voor niks gedaan.
137. PHY: maar dan zit je wel in de gunstigste categorie.
138. PAT: ja dan ben je wel veilig.
139. PHY: dan ben je wel veilig.
140. PAT: ja ja.
141. PAT: en kun je dat nog onderzoeken?
142. PAT: datgene wat gelaserd wordt?
143. PHY: tuurlijk.
144. PHY: ja ja doen we zeker.
145. PAT: dat kan?
146. PHY: nou ja dan gaan we voor weefselonderzoek weer opsturen.
147. PAT: ja ja.
148. PHY: omdat eh...
149. PHY: nogmaals die informatie of er wel of niet wat inzit.
150. PHY: en of het dan radicaal eruit is ja oftenee.
151. PHY: dat is natuurlijk wel van belang.
152. PAT: ja.
153. PHY: ja.
154. PAT: nee maar omdat ik...
155. PAT: kijk je hebt een beetje het idee bij laseren wordt het stuk gebrand dus dat kun je niet meer euh...
156. PHY: nou dat is opzich wel heel goed gedacht.
157. PHY: maar e eh...
158. PHY: je moet het zien als een soort thermische lans, he?
159. PHY: dus je snijdt er...
160. PAT: je snijdt achterlangs.
161. PHY: je snijdt ermee.
162. PHY: dus een gedeelte van het weefsel is wel verbrand.
163. PHY: maar er blijft voldoende over om dat nog te kunnen beoordelen.

164. PAT: ja ja.
165. PHY: niet altijd...
166. PHY: of sterker...
167. PHY: ik moet eerlijk zeggen.
168. PHY: meestal kun je niet goed zeggen of het nou radicaal behandeld is of niet.
169. PAT: dan komt door die laserverbranding.
170. PHY: dat klopt.
171. PHY: ja.
172. PAT: en weet u ook welke soort het is.
173. PAT: want er schijnen twee soorten te zijn.
174. PHY: CO2 laser.
175. PAT: nee.
176. PHY: oh.
177. PAT: de de...
178. PAT: het gezwel?
179. PAT: zeg maar de...
180. COM: de kankersoort.
181. PAT: de cellen?
182. PAT: de kankersoort.
183. PAT: er schijnen twee soorten te zijn.
184. PHY: nou nee.
185. PHY: er...
186. PHY: vrijwel...
187. PHY: bijna 100% is dat allemaal uitgaande van het slijmvlies.
188. PHY: eh plaveiselcelcarcinoom noemen we dat.
189. PAT: ja.
190. PAT: en dat is de gunstige soort of de minder gunstige?
191. PHY: dat is de gunstige ja.
192. PHY: ja. (1.0)
193. PAT: ja daar dus...
194. PAT: dat hebben we dus iets bij gelezen. (sic)
195. PHY: maar veel andere smaken zijn er eigenlijk niet hoor.
196. PAT: nee nee.
197. PHY: dat zijn allemaal bijzondere zeldzaamheden praat je dan over.
198. PAT: ja.
199. PHY: ja.
200. PAT: en longen?
201. PAT: niks op gevonden?
202. PHY: nee nee.
203. PHY: ik zal het wel even nakijken. [muisklikken] (3.0)
204. PHY: dat wisten we eigenlijk al. [tegen zichzelf] (3.0)
205. PHY: nee.
206. PHY: dat is helemaal normaal. (2.0)

207. PHY: nou is de kans van uitzaaiing met zo'n klein gezwel als u dat heeft überhaupt vrijwel nul.
208. PAT: ja ja.
209. PHY: alleen we maken toch altijd wel een foto van de borst om een andere dingen uit te sluiten.
210. PHY: maar feitelijk is die kans dat er een uitzaaiing is.
211. PAT: nee maar goed omdat je dan natuurlijk twee jaar geleden ook een vorm van kanker heb gehad.
212. PHY: ja.
213. PAT: en ik weet wel dat dat geen uitzaaiing daarvan kan zijn.
214. PHY: nee nee.
215. PHY: je prostaat, he?
216. PHY: bedoelt u?
217. PAT: ja.
218. PHY: ja.
219. PHY: ja ja. [zucht]
220. PHY: oke eh.
221. PAT: en anders straks zeg je: "he: van ja, straks zit het weer ergens anders".
222. PHY: precies. [typen op de computer]
223. PAT: maar die garantie kan...
224. PAT: kunt u niet geven dat weet ik ook wel.
225. PHY: nee. (2.0)
226. PHY: oke ehm.
227. PHY: dan ze... [typen]
228. PHY: dan zu... [typen]
229. PHY: dan vat ik samen dat we dan toch dan toch uiteindelijk voor die laser kiezen, he?
230. PAT: ja ja.
231. PHY: vanwege die extra behandelmogelijkheid.
232. PAT: ja ja ja. [PHY typt]
233. PAT: en hoe zit het met de napijn?
234. PAT: is dat hetzelfde ongeveer als met het eh met het weghalen van die eh...
235. PHY: nee dat stelt echt helemaal niks voor. [typen]
236. PAT: dat is ook weer hetzelfde in dat slijmvlies. [PHY typt]
237. PHY: precies. [typen]
238. PHY: ik denk dat u hetzelfde soort naweeën heeft als bij die eh eerste operatie. [typen]
239. PAT: eerste operatie.
240. PHY: ja.
241. PHY: even zien hoor.
242. PHY: of we dat al geregeld hebben. [tegen zichzelf]
243. PHY: eh. (1.0)
244. PHY: ja staat er al op. (1.0)
245. PHY: oke. (1.0)

246. PHY: zijn er verder nog vragen die u aan de orde wilt stellen. (1/0)
247. PAT: eh nou de vorm weten we.
248. PAT: de dingen weten we.
249. PAT: het is niet eh verder eh...
250. PAT: dus ja ik denk dat eigenlijk de meeste vragen eh gesteld zijn.
251. PAT: eh bij de lymfen was ook niks gevonden, he?
252. PAT: met de eh dingen.
253. PHY: nee. [kucht]
254. PHY: hoe bedoelt u met welke dingen?
255. PAT: met de echo in het Y?
256. PHY: die hebben we hier natuurlijk niet kunnen herhalen.
257. PHY: kan je ook niet herbeoordelen.
258. PAT: nee maar ik bedoel dat hebben hun ook niet... (sic)
259. PHY: dat hebben wij...
260. PHY: zij hebben daar naar gekeken.
261. PHY: even zien. (2.0)
262. PHY: zal ik het even erbij halen.
263. PHY: want wij maken eigenlijk nooit een echo bij zo'n eh klein gezwelletje als deze.
264. PHY: dus daarom ben ik even in verwarring.
265. PHY: of...
266. PHY: want dat zouden we nooit gedaan hebben.
267. PAT: nee.
268. PAT: nou het punt dat...
269. PAT: ik werd gebeld namelijk vrijdags voordat ik hier naartoe ging 's maandags.
270. PHY: ja.
271. PAT: dat eh...
272. PAT: toen wilden ze dus daar een eh er...
273. PAT: opnieuw een echo doen.
274. PAT: en een punctie.
275. PHY: ja.
276. PAT: en eh...
277. PHY: ze hebben wat kleine kliertjes gevonden.
278. COM: toch wel.
279. PAT: ja.
280. COM: ja.
281. PHY: maar die kan ik bij u ook vinden hoor.
282. PAT: ja.
283. COM: ja maar.
284. PHY: en dat is dat verwarrend.
285. COM: wij vonden het heel verwarrend.
286. PAT: zij zeiden dat als het kleiner als 10 millimeter was dan eh dan eh kon je er vanuit gaan dat er niks meer aan de hand was.
287. PHY: nee.

288. PHY: kijk u moet het zo zien.
289. PHY: als u hier direct gekomen was hadden we die echo niet eens gemaakt.
290. PAT: nee nee.
291. PHY: omdat de kans dat er iets in zit vrijwel nul is.
292. PAT: ja ja.
293. PHY: net zo goed als dat in de longen vrijwel nul is.
294. PHY: of we mogen zeggen nul.
295. PAT: ja ja.
296. PHY: dus ja...
297. PHY: hoe meer onderzoek je wil gaan doen, hoe meer je gaat vinden dan natuurlijk ook. (sic)
298. PAT: ja uiteraard.
299. PHY: maar dan moet je heel gericht het onderzoek inzetten want anders vindt je soms loos alarm.
300. PHY: dat dat zou dit geweest zijn.
301. PAT: ja ja is goed.
302. COM: maar er is...
303. COM: er was dus wel *iets* gevonden?
304. PAT: ja ja.
305. PHY: ja maar daar moet u niets van aantrekken.
306. PAT: ja maar lymfen heb je, he?
307. COM: ja oke.
308. PAT: lymfeknopen heb je, he?
309. PAT: dat is eh...
310. PHY: ja die hebben we allemaal.
311. PAT: die hebben we allemaal.
312. COM: ja ja oke.
313. PHY: en als je een beetje verkouden bent dan zijn ze ook al gezwollen dus...
314. PHY: dus dat schiet niet op.
315. PHY: even kijken meneer X.
316. PHY: want u was wel al bij eh de anesthesist geweest, he?
317. PAT: ja klopt.
318. PHY: dus u staat in principe wel op de wachtlijst. [schrijft]
319. PHY: zag ik al staan.
320. PAT: klopt.
321. PHY: dus ja dan zijn we er in principe.
322. PHY: als er geen verdere vragen meer zijn.
323. PAT: en eh...
324. PAT: dan betekent dat ik word opgeroepen?
325. PHY: ja.
326. PAT: en dat is dus nog niet bekend wanneer?
327. PHY: nee nee.
328. PHY: dat zal wel volgende week of hooguit de week daarna zijn denk ik.
329. PAT: ja ja.

330. COM: korte termijn dus?
331. PHY: korte termijn.
332. PHY: ja.
333. PAT: prima.
334. PAT: nee is prima.
335. PHY: ja?
336. PAT: en daar krijg ik gewoon bericht van?
337. PHY: daar krijgt u bericht van.
338. PHY: ja klopt.
339. PHY: berichtje, telefoontje, briefje, whatever. (1.0)
340. PHY: even zien hoor. [muisklik] (1.0)
341. PHY: had u dat foldertje gekregen van het onderzoek? (2.0)
342. PHY: de voorlichtingsstudie.
343. PHY: weet je wel de eh...
344. PHY: of hebt u dat de vorige keer niet gehad?
345. PAT: nee komt me niet bekend voor.
346. PHY: nee?
347. COM: wat we opgestuurd...
348. COM: een boek...
349. COM: we hebben wel een boekje gehad over eventueel wat allemaal gedaan zou kunnen worden.
350. PAT: ja nee.
351. PAT: dat is wat anders.
352. PHY: nee we doen een studie. (1.0)
353. COM: maar dat hebben we meegenomen.
354. PHY: ehm we doen eigenlijk een studie...
355. PHY: oh dan zijn we dat vergeten mee te geven. (1.0)
356. PHY: we kijken eigenlijk naar wat eh de...
357. PHY: hoe u de informatie zou eh moet...
358. PHY: hoe u dat verwerkt zeg maar.
359. PAT: ja ja.
360. PHY: en dat doen we met een korte vragenlijst.
361. PHY: zou u dat alsnog willen doen?
362. PAT: ja tuurlijk.
363. PHY: dan zijn we de vorige keer vergeten.
364. PHY: dan geef ik die alsnog even mee.
365. PAT: ja want ze had het er wel net over aan de balie.
366. PAT: dat ik op eh...
367. PAT: als ik hier geweest was.
368. PAT: een vraag.
369. PHY: dat is dat.
370. PAT: ah op de iPad?
371. PHY: yes klopt.
372. PHY: he dan eh dan zetten we 'm nu stil.

@Einde

B-2

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion

@Comment:

1. PHY: hier daar gaan we.
2. PHY: even zien.
3. PHY: uhm. (1.0)
4. PHY: nou u heeft iets op de stembed, he?
5. PHY: dat hebben we vastgesteld.
6. PAT: ja.
7. PHY: en daar hebben we een stukje weefsel van weggenomen.
8. PHY: en nagekeken.
9. PHY: en dat blijkt een hele vroege vorm van kwaadaardigheid te zijn.
10. PHY: je zou zelf kunnen zeggen: "is het wel kwaadaardig?".
11. PAT: oke.
12. PHY: het zit een beetje tussen in.
13. PHY: het is zeker niet goedaardig.
14. PHY: dat is het zeker niet.
15. PAT: oh.
16. PHY: het is ook geen volwaardige kanker.
17. PAT: oh.
18. PHY: dit is iets dat als je er niet aan zou doen dan zou het het wel worden.
19. PAT: hetzelfde wou ik eigenlijk vragen van...
20. PAT: dat ze die poliep weggehaald hebben.
21. PHY: ja.
22. PAT: end at is dus op kweek gezet?
23. PHY: klopt.
24. PAT: en eh toen kwam dat er dus uit?
25. PAT: die onrustige cellen?
26. PHY: juist.
27. PHY: dat is het ja.
28. COM: ja.
29. PAT: en die onrustige cellen dat is een eh eh voorstadium van kanker, dus?
30. PHY: dat is precies wat het is.
31. PHY: ja.
32. COM: ja.
33. PAT: ja ja.
34. PAT: en het is niet hevig?
35. PHY: [kucht] dat is...
36. PHY: dat is wat het is.
37. PHY: kijk kanker is natuurlijk veel heviger.
38. PAT: ja.

39. COM: ja.
40. PHY: maar ja kan beter niks hebben, he?
41. PAT: nee.
42. COM: ja dat is ook weer zo.
43. PHY: omdat eh kijk.
44. PHY: we gaan het natuurlijk behandelen.
45. PHY: want als je niks zou behandelen dan dan loopt het natuurlijk uit de hand alsnog.
46. PHY: dan wordt het alsnog een kanker.
47. PAT: hoe lang zou dat duren denkt...
48. PAT: dat weet je niet natuurlijk.
49. PHY: voordat het uit de hand loopt?
50. PAT: ja.
51. PHY: dat is heel moeilijk te zeggen.
52. PAT: ja.
53. PHY: dat is wel een hele goeie vraag overigens.
54. PHY: want we weten eigenlijk het natuurlijk beloop.
55. PHY: want daar vraag je dan eigenlijk naar, he?
56. PAT: ja.
57. PHY: wat wat gebeurt er als je niks doet?
58. PHY: dan kennen we eigenlijk niet omdat we eigenlijk altijd wat doen.
59. PAT: ja.
60. COM: ja ja dat is ook weer zo.
61. PAT: hihi.
62. PHY: hihi.
63. PHY: maar de de eh ervaring leert wel dat dat eh dat zou onverstandig zijn.
64. PAT: oke.
65. PHY: ja.
66. PHY: om niks te doen.
67. PAT: oke.
68. PHY: dat lijkt lijkt niet handig.
69. PAT: nee.
70. PAT: en en en dat laseren dat eh... (1.0)
71. PAT: dat wordt dus weggebrand?
72. PHY: gaat u het gesprek een beetje overnemen, meneer X?
73. PHY: ik was nog niet klaar.
74. PAT: oh sorry!
75. PHY: haha.
76. PAT: haha.
77. PHY: hihi nee geeft niets.
78. PHY: nee kijk waar het om gaat...
79. PHY: want wat belangrijk is met dit soort zaken is is het uitgezaaid of niet, he?
80. COM: ja.
81. PHY: is het een goeie inschatting of niet? (sic.)
82. PHY: nou daar lijkt geen sprake van te zijn.

83. PHY: bovendien is het zo dat de kans op eh uitzaaiingen bij zo'n aandoening zoals u die heeft eigenlijk al ontzettend klein is.
84. PHY: maja. (sic.)
85. PHY: nou hebben we natuurlijk een foto van de borst gemaakt.
86. PHY: dan doen we altijd.
87. PHY: en dan zien ze daar natuurlijk weer wat op.
88. PHY: dat heeft (1.0) vrijwel zeker niks te maken met wat u hier in de keel heeft.
89. PAT: oh.
90. PHY: het is zelfs de vraag of het uberhaupt wat is.
91. PHY: want die foto's die worden zo goed dat ze soms gewoon echt teveel zien.
92. PHY: maja nu we het eenmaal gezien hebben moet je daar eigenlijk toch wel verder onderzoek naar doen.
93. COM: oh.
94. PHY: dus ik wilde eigenlijk een CT-scan van maken.
95. COM: ja.
96. PHY: en dan heb je nog kans dat je dan niet weet wat het is.
97. PHY: maar dan laten we het ook lekker lekker zitten. (sic.)
98. PHY: want eh nogmaals: het heeft waarschijnlijk niks met uw aandoening op uw stembed te maken.
99. COM: nee.
100. PHY: het is meer een soort toevalstreffer.
101. PHY: he?
102. PHY: zo moet je het eigenlijk inschatten.
103. COM: oh.
104. PHY: maar goed wie weet misschien kunnen we er toch wat meer eh van te weten komen door die CT-scan.
105. PHY: ja nou dat kunnen we als het goed is eh vandaag doen hoop ik.
106. PHY: naja.
107. PHY: dat is eigenlijk wat het gaat over eh de aandoening die u heeft.
108. COM: ja.
109. PHY: en over de behandeling het volgende.
110. PHY: even kijken heb ik dan nog een mooi plaatje van u.
111. PHY: eh eens even zien.
112. COM: en het bloed?
113. COM: was het goed?
114. PHY: nou het bloed is eigenlijk helemaal niet interessant.
115. COM: oh.
116. PAT: oh?
117. PHY: hihi.
118. COM: nou omdat dat ook afgenomen is.
119. COM: vandaar mijn vraag.
120. PHY: ja nee dat is eh...
121. PHY: tuurlijk heeft u eh ook helemaal gelijk in.
122. PHY: maar dat doet eigenlijk een kwaadaardigheid als deze.

123. PHY: of een aandoening als deze moet ik eigenlijk zuiverder zeggen, niks.
124. COM: oke.
125. PHY: ja.
126. COM: kijk papa.
127. COM: het filmpje.
128. PHY: kijk.
129. PHY: dit is het eh dit is het filmpje.
130. PHY: nou het is een pieperdepiep ding hoor. (sic.)
131. COM: ja.
132. PAT: ach.
133. PHY: haha ach.
134. PHY: kijk hier.
135. PAT: ja ja ja ja.
136. PHY: dit is niet helemaal oke.
137. PHY: hij trilt ook niet zo goed.
138. PAT: nee.
139. PHY: dit hangt er een beetje overheen.
140. PAT: ja.
141. PHY: dat is de valse stemband.
142. PHY: dat stoort een beetje.
143. PAT: en dat gaat weg?
144. PHY: die valse stemband die halen we weg (1.0) om het goed te kunnen zien
daaronder.
145. COM: ja.
146. PAT: ja.
147. PHY: ja.
148. COM: oh.
149. PHY: nou.
150. PHY: ik ga wel even naar het bloed kijken.
151. PHY: want als je het wilt weten moet je het weten dan mag je het zien ook
natuurlijk. (sic.)
152. PHY: eh nee ja ja.
153. PHY: je zou kunnen zeggen een beetje krap in je bloed.
154. PHY: maar bloedarmoede kan je niet zeggen.
155. PHY: nee het is helemaal oke.
156. COM: oh oke.
157. PAT: en mijn longen?
158. COM: prima dus.
159. PHY: longen?
160. PHY: nou ja daar hebben we het over.
161. PAT: oh.
162. COM: ja:.
163. PHY: dat is dat plekje.
164. COM: ja:.

165. PHY: daar moeten we dus die CT-scan van maken.
166. COM: ja.
167. PHY: ja dat gaan we zometeen nog effe doen.
168. COM: ja ja ja ja.
169. PAT: oh oke.
170. COM: oh omdat die borst xxx.
171. COM: ja weet ik veel.
172. PHY: ja ja.
173. PAT: ja ja.
174. PHY: ja ja.
175. PHY: eens even zien.
176. PHY: hmmm.
177. PHY: waar waren we nou? [tegen zichzelf]
178. PHY: operatief behandelen.
179. COM: nou ja ja.
180. PHY: oh ja.
181. PHY: dus we gaan dat stukje weefsel dat afwijkend is van de stemband dat gaan we dus met de laser wegsnijden.
182. PHY: daar komt het eigenlijk op neer.
183. PHY: en om dat goed te kunnen zien moeten we denk ik ook die valse stemband even weghalen.
184. PHY: nou dat zijn allemaal dingen die kun je heel goed missen.
185. PHY: daar ga je niks van merken.
186. PAT: oke.
187. PHY: wat je natuurlijk wel hebt is dat je die stembanden rust moet geven na de operatie.
188. PHY: moet je een dag of vijf niet praten.
189. PAT: hihi.
190. COM: dan ga ik maar weg vijf dagen.
191. PHY: haha u mag wel praten.
192. COM: ja maar eh je bent geneigd om antwoord terug te geven.
193. COT: xxx.
194. COM: je moet gewoon blijven schrijven.
195. PHY: blijven schrijven.
196. PHY: dat is het.
197. COT: ja.
198. COM: ja want je eh je interactie is weg.
199. COM: samen lullen.
200. PHY: ja hihi.
201. PHY: dat kun je wel stellen ja.
202. COT: hihi.
203. COM: hihi.
204. PAT: hihi.
205. PHY: hihi.

206. PHY: he: luister eens.
207. PHY: eh dat duurt een dag of vijf daarna ga je het weer herst... hervatten.
208. PAT: ja.
209. COM: ja.
210. PHY: en moet je even kijken hoe gaat dat gaat.
211. PHY: he?
212. PHY: en ben je nog onwijs hees na een paar zitten dan moet je het weer even
wat rustiger aandoen.
213. COM: ja.
214. PHY: gaat het goed dan kun je het ook weer uitbreiden.
215. PAT: ja.
216. COM: ja.
217. PHY: dat is het hele idee.
218. PAT: ik heb nu wel een hoop eh...
219. COM: speeksel ofzo?
220. PHY: slijm?
221. COM: slijm?
222. PAT: ja slijm niet.
223. PAT: maar ook van die brokken, weet je wel?
224. PHY: ja.
225. PAT: xxx ik ben wel verkouden.
226. PHY: kan dat kan heel goed.
227. PHY: maar trekken we ons niks van aan. (sic.)
228. PAT: nee nee.
229. PHY: he: met roken was u al gestopt?
230. PAT: yes.
231. PHY: dat is heel eh...
232. PAT: 15 jaar.
233. PHY: ja maar dit is toch nog wel de uitwerking van de jaren daarvoor.
234. PAT: ja dat zei je de vorige keer.
235. COM: ja.
236. PHY: ja dat is heel wonderlijk maar dat duurt...
237. PHY: zo lang duurt het dus.
238. COM: ja.
239. PAT: ja ja ja.
240. PAT: ja joh?
241. PHY: ja ja ja.
242. COM: goh.
243. PAT: ik heb natuurlijk wel stevig gerookt.
244. PAT: ik heb altijd een zwaar beroep gehad.
245. PAT: ik ben werkhandeling geweest heel ver weg.
246. PHY: ja.
247. PAT: en dat is allemaal sjouwen en eh vroeg op en laat thuis.
248. PHY: ja.

249. PAT: en al die toestanden meer weet je wel.
250. PHY: ja.
251. PAT: en dan is het al gauw eh...
252. PHY: paffen.
253. PAT: het is natuurlijk een aanwensel.
254. PAT: maar het is maar dat je met eh iemand staat te praten.
255. PAT: en eh schelden en eh...
256. PHY: huppakee een ding erbij. (sic.)
257. COM: ja ja.
258. PHY: maar je kan best zonder blijkbaar, he?
259. PAT: ja.
260. COT: en alcohol?
261. COT: is dat nog een probleem?
262. PHY: eh alcohol is altijd een probleem.
263. PHY: dat wil zeggen eh als je er maar minder minder dat twee per dag doet.
264. COM: haha.
265. PAT: haha.
266. PAT: oh.
267. PHY: oh. [doet PAT na]
268. COM: minder dan twee per dag.
269. PAT: oh minder!
270. PHY: nee twee of minder.
271. COM: oh twee!
272. PHY: vrouwen mogen er maar één.
273. PAT: oh haha.
274. COM: nou eh hij heeft bij mij gaan last.
275. PAT: haha.
276. PHY: maar je mag niet die van je vrouw.
277. PHY: zo werkt het ook niet.
278. PHY: dan geloven we niet.
279. PAT: oke nee.
280. PAT: haha.
281. PHY: dat werkt zo niet.
282. PHY: even kijken hoor.
283. PHY: ehm nee op zich heeft alcohol met deze aandoening niet zo heel veel te maken.
284. PHY: maar in z'n algemeenheid kan je gewoon zeggen: meer dan twee per dag is gewoon niet helemaal oke.
285. PAT: ja ja.
286. COM: ja ja.
287. PHY: he?
288. PHY: ah we...
289. PHY: ik denk maar dat we die band stil gaan zetten, vind je niet?
290. PHY: of heb je nog wat te zeggen?

291. PHY: wil je nog wat zeggen tegen die onderzoeker?
292. PAT: ehm wat is het voor een vrouw?
293. PAT: haha.
294. PHY: daar kan ik niks over uitlaten.

@End

B-3

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion

@Comment:

1. PHY: he: we gaan eventjes de boel op een rij zetten van alle diagnostiek die gebeurd is, he?
2. PHY: dus u heeft een gezwel in de keel.
3. PHY: en dat is behoorlijk aan de maat.
4. PHY: en dat is belang...
5. PHY: van belang om te bepalen wat je er mee doen gaat.
6. PHY: in de eerste plaats.
7. PHY: het tweede is natuurlijk ook van belang voor de kansen van overleving daarvan, he?
8. PHY: want het is in die zin # waar je de vorige keer nog een klein gezwelletje had.
9. PHY: wat nou ja de overleving niet zo heel veel uitmaakt denk ik.
10. PHY: is *dit* wel een eh een probleem wat eh je leven bedreigt.
11. PHY: niet morgen.
12. PHY: maar wel op de langere termijn gaat het z'n effecten hebben.
13. PHY: mogelijk.
14. PHY: dat je kansen veranderd zijn. (2.0)
15. PHY: nou [kucht] we eh hebben behalve dat we wel vastgesteld hebben ook een lymfeklier in de hals gevonden.
16. PHY: en dat is een uitzaaiing van dat gezwel in de keel. (1.0)
17. PHY: nou schrik je nu altijd enorm van uitzaaiingen.
18. PHY: dat kan ik wel een beetje erelativeren, he?
19. PHY: als de uitzaaiing in de buurt zit van het gezwel zelf dan kan het eigenlijk in de behandeling worden meegenomen.
20. PHY: dat hoeft niet een extra of bijzondere behandeling te zijn.
21. PHY: het is natuurlijk wel een teken van een ietsje aggressievere ziekte, he? (sic.)
22. PHY: want als je geen uitzaaiingen hebt dan zijn je vooruitzichten echt wel ietsje beter.
23. PHY: maar het is niet zo dat de behandeling helemaal niet door kan gaan.
24. PHY: of dat dat helemaal alle perspectieven helemaal dramatisch veranderd. (sic.)
25. PHY: dat is dus niet zo. (2.0)
26. PHY: ehm.
27. PHY: dan hebben we nog wat in de long gevonden.
28. PHY: en dat is eigenlijk maar een kleine afwijking.
29. PHY: daar kunnen we eh...
30. PHY: weten we eigenlijk niet goed wat dat is.
31. PHY: daar kun je ook niet verder achter komen met een PET-scan.
32. PHY: of met een prik.
33. PHY: of wat dan ook omdat de afwijking zo klein is dat je er waarschijnlijk niks uit gaat vinden. (2.0)

34. PHY: dat is altijd een beetje moeilijk.
35. PHY: want ja dit *kan* o:f loos alarm zijn.
36. PHY: dat je zegt: "ja dat is een littekentje van wat anders of iets heel onschuldigs".
37. PHY: o:f het is toch een uitzaaiing die daar aan het worden is. (sic.)
38. PHY: maar die we in een vroeg stadium hebben gevonden. (1.0)
39. PHY: nou het vervelende is dat we dat nu niet nader kunnen bepalen.
40. PHY: en dat is eig...
41. PHY: dat is hee:l vervelend.
42. PHY: omdat als je zéker zou weten dat het een uitzaaiing zou zijn.
43. PHY: dan zou dat de behandeling helemaal in een ander perspectief plaatsen, he?
44. PHY: want dan zou je eigenlijk een agressieve behandeling van dit gebied...
45. PHY: eigenlijk niet zo veel zin hebben. (1.0)
46. PHY: nu we dat niet weten.
47. PHY: zeggen we: " ja dan moeten we toch ... we moeten toch *iets*".
48. PHY: en dan kunnen we u beter het voordeel van de twijfel geven.
49. PHY: dus zo noemen we dat dan, he?
50. PHY: we weten niet goed wat het is.
51. PHY: maar we doen even net alsof het er niet is.
52. PHY: behandelen we dit maximaal.
53. PHY: en gaan dan maar eens over drie of zes maanden nog eens een keer die scan herhalen om te kijken wat er met het dingetje gebeurd is. (1.0)
54. PHY: begrijpt u dat? (1.0)
55. PHY: dus dat is een extra complicerende factor.
56. PHY: maar goed dat kunnen we wel terzijde schuiven.
57. PHY: daar kunnen we wel mee eh handelen. (2.0)
58. PHY: ehm dan kom je over de behandeling zelf.
59. PHY: ehm. (1.0)
60. PHY: ik zei u al, he?
61. PHY: het gezwel is best fors aan de maat.
62. PHY: dat betekent eigenlijk dat we ook als u niet bestraald zou zijn in het verleden dat we dit ook te groot zouden vinden voor bestraling.
63. PHY: dan worden de kansen van genezing eigenlijk te klein geacht.
64. PHY: dan heb je wel de bewerkingen en (1.0) misschien niet de werking.
65. PHY: en dat is vervelend. (2.0)
66. PHY: eh dat betekent dat we dan naar de volgende behandelmogelijkheid kijken.
67. PHY: en dat is eigenlijk alleen maar eh operatie. (2.0)
68. PHY: en aangezien het een behoorlijk deel van uw strottenhoofd betreft.
69. PHY: zou dat betekenen dat die operatie ook het hele strottenhoofd verwijderd zou moeten worden.
70. PHY: plus de lymfeklieren uit de hals.
71. PHY: maar goed daar hebben we het dan nog eventjes niet over.
72. PHY: dat betekent dat u uw, he, uw stembanden en het begin van de luchtpijp en het begin van de slikweg dat dat weggehaald wordt. (1.0)
73. PHY: en dat eh heeft nogal wat gevolgen natuurlijk.

74. PAT: jesus.
75. PHY: ja.
76. PHY; dat kun je wel stellen. (3.0)
77. PHY: zal ik... zal ik het eens eventjes op een rijtje zetten wat het is, he?
78. PAT: ik snap het helemaal.
79. PHY: ja.
80. PHY: he want in effect betekent dat dat je zo'n gaatje hier krijgt waardoor de ademhaling dan gegarandeerd is. (1.0)
81. PHY: dat vervolgens...
82. PHY: dat we iets moeten verzinnen dat u weer kunt spréken.
83. PHY: dat doen we meestal met een stemprothese.
84. PHY: die wordt dan geplaatst tussen de luchtpijp hier en de slokdarm die daarachter zit.
85. PHY: dan kun je (1.0) lucht door je door je rest van je slokdarm persen en dan krijg je wel verstaanbaar geluid. (1.0)
86. PHY: het is natuurlijk anders.
87. PHY: en het is minder makkelijk.
88. PHY: en het is minder mooi.
89. PHY: maar je kunt daar wel mee spreken als je daar tenminste mee geoefend hebt.
90. PHY: dus dat komt je niet aanwaaien.
91. PHY: dan moet je dus naar spraaklessen en de logopedist et cetera.
92. PHY: dus dat dat kan wel.
93. PHY: maar daar zit dus wel dat traject aan vast. (1.0)
94. PHY: eerlijkheidshalve moet ik ook zeggen dat eh dat het lukt bij acht á negen van de eh tien mensen.
95. PHY: maar dat is ook een een eh ja ook een...
96. COM: dat praten?
97. PHY: dat praten.
98. PHY: he dat u dat niet lukt.
99. PHY: dat kan.
100. PHY: eh wat je dan hebt...
101. PHY: dan krijg je eigenlijk alleen nog maar de mogelijkheid dat je met zo'n...
102. PHY: misschien heb je dat weleens gehoord.
103. COM: ja.
104. PHY: dat je dan met zo'n apparaatje tegen je keel.
105. PHY: dan krijg je dat metalen, robotachtige, rare geluid.
106. PHY: he dat is inderdaad niet ideaal natuurlijk. (sic.)
107. PHY: want als je dan bij de bakker staat.
108. PHY: en je bestelt je halfje bruin dan eh dan hoort de hele zaak dat.
109. PHY: terwijl hiermee als je daar handig mee omgaat, ja dan hoeft dat niet heel erg opvallend te zijn.
110. PHY: dat scheelt toch wel, he?
111. PHY: in eh het dagelijkse gebeuren. (1.0)
112. PHY: ja dat is voor de spraak.
113. PHY: verder zei ik al, he: "het is ook het begin van de eh eh voedselweg".

114. PHY: nou daar komt eigenlijk maar een defect in.
115. PHY: in die voedselweg.
116. PHY: en dat moeten we repareren.
117. PHY: en dat repareren lukt so:ms met eh...
118. PHY: door het gewoon weer direct aan elkaar te hechten.
119. PHY: dat is eigenlijk het makkelijkst.
120. PHY: maar we verwachten eigenlijk dat dat bij u best eens een beetje moeilijk zou kunnen zijn.
121. PHY: vandaar dat er een plastische reconstructie gedaan zou moeten worden.
122. PHY: in eerste instantie denken we daarbij een stuk van een spier van de borst.
123. PHY: dat die naar boven gebracht wordt in dezelfde operatie om dat defect dat te sluiten. (2.0) (sic.)
124. PHY: al met al praat je dus over een operatie die eh met halsklieren.
125. PHY: en verwijderen van het strottenhoofd.
126. PHY: en eventueel die spierlap.
127. PHY: die die duurt wel nou ja pak en beet vier, vijf, zes uur.
128. PHY: dus hier praat je over een grote operatie eigenlijk.
129. PHY: en waarom is dat dan weer van belang?
130. PHY: ja hoe groter de operatie, hoe groter de kans op een nabloeding.
131. PHY: of een wondinfectie.
132. PHY: of een longontsteking.
133. PHY: of een blaasontsteking.
134. PHY: dat zit eigenlijk allemaal aan dat soort grote operaties vast.
135. PHY: gebeurt niet bij iedereen.
136. PHY: abso...
137. PHY: gelukkig niet.
138. PHY: maar de risico's zijn er natuurlijk wel, he?
139. PHY: dus dat u zich daar een beetje op in moet stellen. (1.0)
140. PHY: ook dat je wakker wordt op de intensive care, he?
141. PHY: eh dat je na de operatie niet op de afdeling komt.
142. PHY: maar dat er op een afdeling met allemaal toeters en bellen zodat we u goed in de gaten kunnen houden.
143. PHY: die eerste 24 uur ze:ker. (2.0)
144. PHY: dus dat is nogal wat. (3.0)
145. PHY: had u daar in enige mate op gerekend?
146. PHY: of helemaal niet?
147. PAT: eh nee.
148. PHY: u dacht: "misschien net zoiets als de vorige keer".
149. PAT: ja.
150. PHY: daar kan ik me wel wat bij voorstellen.
151. PHY: maar dit is *echt* van een totaal andere orde.
152. PAT: ja dat kan je wel zeggen ja.
153. PHY: ja. (2.0)
154. PHY: maar ook de aandoening dus, he?

155. PAT: ja: dat snap ik. [kucht]
156. PHY: ja. (4.0)
157. PHY: wat zegt u daar zo over... van.
158. PAT: wat moet ik daarvan vinden dan?
159. PHY: ja je mag er alles van vinden.
160. PAT: ja.
161. COM: ja het schiet niet op.
162. PHY: nou haha.
163. PHY: jullie zijn Rotterdammers of niet?
164. PAT: nee.
165. COM: nee.
166. PHY: oh.
167. PHY: nee kijk eh het is voor u natuurlijk ook ietsje anders.
168. PHY: u bent natuurlijk betrekkelijk jong.
169. PHY: u bent gezond.
170. PHY: er zijn natuurlijk ook mensen die...
171. PHY: bij wie dit vaststellen later in het leven.
172. PHY: en dan kan je een overweging hebben van: "ja dokter, ik heb een mooi leven gehad, laat laat het maar gaan".
173. PHY: ja ik kan me zo inschatten dat dat voor u nog helemaal niet...
174. PHY: nog helemaal niet aan de orde is. (3.0)
175. PAT: ehm nee.
176. PHY: nee. (3.0)
177. PHY: daar moet je over nadenken.
178. PAT: ja ik weet niet in hoeverre het alles beperkt.
179. COM: de operatie.
180. PHY: nou kijk het gaat...
181. PHY: uw leven gaat beperkt worden.
182. PHY: absoluut.
183. PHY: eh he waar veel van afhangt of u of u dat spreken leert. (1.0)
184. PHY: kijk wat we sowieso kunnen doen...
185. PHY: en dat doen we eigenlijk bij iedereen.
186. PHY: en dat is denk ik goed.
187. PHY: ehm dat eh iemand die zo'n operatie gehad heeft.
188. PHY: een patient, he?
189. PHY: kan u veel beter vertellen en laten zien wat dat werkelijk inhoudt.
190. PHY: en ik denk dat dat...
191. PHY: dat geeft voor de meeste mensen wel een soort van opluchting om te zien wat het is. (sic.)
192. PHY: en je kunt zeker een zinvol en volwaardig bestaan opnieuw opbouwen.
193. PHY: maar het is wel anders. (2.0)
194. PHY: eh ja eh dat dat is zo.
195. PHY: het alternatief is niks doen.
196. PHY: ja dan ga... dan ga je er eerder aan dood. (1.0)

197. PHY: en dat is meestal geen leuk eh eh einde.
198. PHY: in de zin dat dat gaat op een gegeven moment natuurlijk de luchtweg verstoppen.
199. PHY: spreken gaat niet meer.
200. PHY: dat is eh dat is akelig. (1.0)
201. PHY: nu kun je natuurlijk zeggen: "ja als het eenmaal zover komt help me dan".
202. PHY: dat kan.
203. PHY: maar dat is een heel ander traject natuurlijk, he? (2.0)
204. PAT: dat is duidelijk.
205. PHY: ja.
206. PHY: en u bent daarin de baas zal ik zo maar zeggen, he?
207. PHY: u moet bepalen wat er met u gebeurt. (1.0)
208. PHY: en dat is eh... (2.0)
209. PHY: een verschrikking den kik als je daar helemaal niet op gerekend hebt. (3.0)
210. PAT: nou. (1.0)
211. PHY: nee.
212. PAT: en het eh...
213. PHY: ja nou kijk eh...
214. PHY: we gaan...
215. PHY: we kunnen sowieso afspreken dat...
216. PHY: tenminste als u dat wil.
217. PHY: dat er zo'n patiënt bij u langskomt om dat te laten zien, he?
218. PHY: want dan weet je echt veel beter wat de... wat de beperkingen zijn, he?
219. PHY: als dat uw grootste zorg is dan is dat denk ik wel aan de orde. (2.0)
220. PAT: ja de beperkingen is van eh proef je nog wat eh... (sic.)
221. PAT: dieten.
222. PAT: mag je helemaal niks?
223. PAT: want ben je een soort kasplantje?
224. PHY: nee hoor nee.
225. PHY: ik heb eh... ik heb een patiënt die heb ik zo'n operatie aangedaan.
226. PHY: die eh die vliegt weer, he?
227. PHY: dat kan.
228. PHY: maar goed inderdaad.
229. PHY: smaak is iets wat een eh punt is.
230. PHY: kijk eh doordat je hierdoor ademhaalt (1.0) komt de lucht niet meer langs je neus.
231. PHY: en je neus bepaalt voor een heel belangrijk deel je smaak.
232. PHY: kijk eh zoet en zuur en bitter.
233. PHY: dat proef je nog wel met je tong.
234. PHY: maar echt de lekkere nuances van smaak die zijn wel (1.0) weg.
235. PHY: als je hierdoor ademt, kun je trucje aanleren hoor om weer wat lucht toch weer langs je neus te krijgen. (sic.)
236. PHY: maar goed dat is niet spontaan een eh biefstukje eten.
237. PHY: en een wijntje erbij.

238. PHY: en denken van: "oh wat is dat lekker".
239. PHY: nee. (1.0)
240. PHY: dat is anders.
241. PHY: minder.
242. PHY: ja. (5.0)
243. PAT: oke ja.
244. PHY: kijk u hoeft hier natuurlijk niet hier en nu over te beslissen, he?
245. COM: ik denk dat je met zo'n patiënt (1.0) in gesprek moet gaan. (1.0)
246. PHY: ja.
247. PHY: ik denk dat dat echt heel goed is.
248. PAT: ja doen we dat.
249. PHY: en onze eh eh verpleegkundige die kan u nog wat meer in rust.
250. PHY: en nog wat meer detail.
251. PHY: en wat folders nog wat wijzer maken.
252. PHY: dat moet u ook denk ik. (1.0)
253. PHY: we kunnen twee dingen doen.
254. PHY: als u zegt: "nou ik wil hier überhaupt over nadenken want ik weet nog helemaal niet waar ik aan toe ben dan maken volgende week weer afspraak".
255. PAT: nee dat gaat dan...
256. PAT: dat gaat dan allemaal te lang duren.
257. PHY: nou ja dat is precies de overweging.
258. PHY: we kunnen natuurlijk zeggen van: "nou we zetten u op de lijst voor de operatie en dan gaat u naar de anesthesist en dan gaat alles lopen".
259. PHY: daar eh verbindt... verbindt u zich nog eh tot niks, he?
260. PHY: want als u op een gegeven moment zegt van: "ja hoor eens, ik heb toch die patiënt gezien.
261. PHY: en ik dit gehoord. (1.0)
262. PHY: ik wil het alsnog niet".
263. PHY: nou even goede vrienden natuurlijk.
264. PHY: maar dan loopt de wachttijd in ieder geval al.
265. PAT: hmhm.
266. PHY: en ik denk dat dat wel plezierig is, he? (1.0)
267. PHY: in deze situatie. (2.0)
268. PHY: eh.
269. COM: moet dan nog die eh eh kies trekken en eh...
270. PHY: ja dat moet ook nog want eh...
271. COM: moet dat dan toch doorgaan?
272. PHY: nou eh nee wacht even.
273. PHY: dat eh hoeft dan iets minder.
274. PAT: nou het was vrijwel niks, he?
275. PHY: nee.
276. PAT: en als het niet gesloopt hoeft te worden dan hoeft het ook niet.
277. PHY: nee eh liever niet.

278. PHY: en eh weet je wat het fijne is als je je eigen tanden nog hebt in de revalidatie.
279. PHY: scheelt ook weer.
280. PHY: ja. (1.0)
281. PAT: het was *een* kies.
282. PAT: maar daar zat boven een kies in.
283. PAT: en er zat volgens hun niks in.
284. PHY: nee.
285. PAT: hij discussieerde d'r nog over van ja.
286. PAT: maar het moest dan toch.
287. PHY: nou kijk...
288. PAT: want als het geen zin heeft dan eh...
289. PHY: nou weet je waar het voor bedoeld is?
290. PAT: ja dat weet ik wel.
291. PHY: voor de bestraling.
292. PHY: maar dat is nu helemaal niet aan de orde.
293. PAT: nee daarom.
294. COM: nee daarom.
295. PHY: nee. (1.0)
296. COM: want ook die eh eh hoesjes...
297. COM: die fluorhoesjes.
298. PHY: fluorplaatjes.
299. PHY: nee dat is ook minder aan de orde, he? [typen op de computer] (3.0)
300. PHY: ik ga vast wat schrijven, goed? [typen op de computer] (30.0)
301. PHY: even zien. (3.0)
302. PHY: u gebruikt geen bloedverdunnende middelen, he?
303. PAT: nee. (2.0)
304. PHY: dat is mooi. [typen] (4.0)
305. PAT: het is wel dat ik vreselijke last heb gehad van die...
306. PAT: nou vreselijke last.
307. PAT: van die scan.
308. PHY: oh ja?
309. PHY: wat voor last had u?
310. COM: de volgende dag...
311. PAT: alles verbrand.
312. COM: en de volgende dag een aller...
313. COM: een enorme allergische reactie.
314. PHY: oh maar dat is goed dat u dat zegt.
315. PHY: want dan moeten we daar wel rekening mee houden in de toekomst.
316. PAT: ja ik weet denk ik eh...
317. PAT: ik denk dat het van de scan komt.
318. PAT: ik weet het niet zeker.
319. PHY: je hebt natuurlijk contrast gehad, he?
320. PAT: en toen nergens last van gehad. (2.0)

321. PHY: oke.
322. COM: want ik heb de volgende dag eh...
323. PAT: het leek wel of ik helemaal verbrand was.
324. PAT: ja.
325. PAT: en helemaal rood.
326. PHY: helemaal rood over eh...?
327. COM: ja en echt heel rood.
328. PHY: dan ga ik toch...
329. COM: tot je billen toe.
330. PHY: dan ga ik toch een allergie noteren.
331. PHY: want als je het dan nog een keer krijgt dan kan je daar echt mee in de problemen komen.
332. PHY: moeten we maar even zodanig noteren.
333. COM: ja want de volgende dag viel je haast om.
334. COM: toen heb ik het nog opgezocht.
335. COM: maar dat...
336. COM: want als dan die bloedvaten uitzetten dan krijg je een hele lage bloeddruk.
(1.0)
337. COM: dat trok wel weg. (4.0)
338. PHY: oke. [tegen zichzelf]
339. PHY: nou die staat er in. [tegen zichzelf]
340. PHY: maar daar moet u zelf ook even eh goed eh bijhouden, he?
341. PHY: dus als u weer zo'n foto gemaakt dreigt te worden dat je dat even meldt.
(sic)
342. COM: kan het niet aan dat apparaat liggen?
343. COM: omdat dat kapot was daarvoor.
344. PHY: nee.
345. COM: dat ie...
346. PHY: nee dat kan echt niet.
347. PAT: maar waarom krijg ik het de tweede keer dan wel en de eerste keer niet?
348. PHY: nou dan wordt je gesensibiliseerd, he?
349. PAT: pardon?
350. PHY: eh nou ha.
351. PHY: de eerste keer is het nog nieuw voor het lichaam.
352. PHY: de tweede keer dat het aankomt dan herkent het het.
353. PHY: en dan krijg je een reactie. (1.0)
354. COM: oh.
355. PHY: dat kan althans zo.
356. PHY: eh. [typen] (40.0)
357. PHY: xxx [tegen zichzelf]
358. PHY: oke.
359. PHY: ehm. (1.0)
360. PHY: nou mocht u behoefte hebben eh...
361. PHY: kunt u een gesprek met de verpleegkundige...

362. PHY: mocht u behoefte hebben aan nog nadere informatie of gesprekken dan kunnen we dat altijd regelen.
363. PHY: dat kan volgende week maandag nog een keer.
364. PHY: dat is geen enkel probleem.
365. PHY: maar dan loopt...
366. PHY: dan gaat het nu in ieder geval alvast lopen, he?
367. PHY: oke.
368. cOM: en dat gesprek met die verpleeg... verpleegkundige is dat nu?
369. PHY: doen we nu ja.
370. PHY: doen we direct. (1.0)
371. PHY: is er verder nog iets belangrijks?
372. PAT: moeten wij nog iets doen aan die afspraken dan?
373. PHY: welke afspraken?
374. COM: met dokter X?
375. PHY: oh ja nee gaan we met de zuster regelen.
376. PHY: ja.
377. PHY: zet ik deze uit.
378. PHY: anders komt er geen eind aan.

C-1

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion

@Comment:

1. PHY: ehm hebben we al iets daarover verteld in het verleden?
2. COM: nee.
3. PHY: in het begin?
4. PAT: nee nee helemaal niet.
5. PAT: dat het ongeveer veertien dagen na de laatste bestraling zou zijn.
6. PHY: ja. (4.0)
7. PHY: ja even teruggaan in de tijd, he?
8. PHY: u kwam toen ik in Y zat van eh een kwaadaardige ziekte in de in de keelamandelen en uitzaaiingen in de hals.
9. PHY: nou dat is allemaal nu bestraald.
10. PHY: alleen de keelamandelen hebben een hogere dosis gehad om te zorgen dat eh er niet te veel schade door die bestraling komt.
11. PHY: maar dat betekent dat die klieren in de hals niet honderd procent voldoende zo is behandeld. (sic.)
12. PHY: dus wat we dan doen is dan halen we de lymfeklieren uit de hals weg.
13. PAT: ok.
14. PHY: ehm we halen niet alle lymfeklieren weg, he?
15. PHY: je kan die lymfeklieren missen.
16. PHY: dat is geen enkel probleem.
17. PHY: je hebt er honderden in je lichaam dus daar merk je helemaal niks van
18. PHY: ehm wat we doen is: we maken en dat is een beetje afhankelijk van wie u gaat opereren eh.
20. PHY: elke chirurg heeft daar weer z'n voorkeur maar ik vertel u wat ik zou doen.
21. PHY: en ik weet niet of *ik* u ga opereren.
22. PHY: dat is afhankelijk van de dag waarop u gepland gaat worden.
23. PHY: maar de meeste van ons maken een snee zo voorlangs.
24. PHY: en dan halen we de lymfeklieren weg uit de hals.
25. PHY: heel veel meer is er eigenlijk niet over te vertellen.
26. PAT: nee nee.
27. PHY: wat daar wel over te vertellen is, is van wat voor gevolgen heeft dat?
28. PHY: wat voor gevolgen heeft het voor u op de lange termijn?
29. PHY: een litteken natuurlijk.
30. PHY: maar dat wordt op zich over het algemeen heel netjes.
31. PHY: twee.
32. PHY: het gevoel in de huid is na de operatie deels weg en dat komt maar ten dele terug.
33. PAT: ok.
34. PHY: drie is na bestralen en operatie krijg je littekenweefsel, wordt de hals toch wel wat stijver.

35. PHY: daar moet u rekening mee houden.
36. PHY: de een heeft daar meer last van dan de ander.
37. PHY: hij kan ook wat harder worden.
38. PHY: dat is ook heel wisselend.
39. PHY: ehm en dat is het.
40. PAT: en het herstel?
41. PHY: ehm het herstel gaat...
42. PAT: na de operatie?
43. PHY: het herstel gaat over het algemeen heel snel.
44. PHY: dus het wisselt een beetje.
45. PHY: ik ik weet niet wat u met herstel bedoeld?
46. PHY: als u bedoelt wanneer ben je weer op de been?
47. PHY: de dag daarna.
48. PHY: wanneer kan ik weer naar huis?
49. COM: haha.
50. PHY: wanneer kan u naar huis?
51. PHY: weet je kom ik zo op terug.
52. PHY: mag ik eerst even nog...
53. PAT: ja ja ja.
54. PHY: ok.
55. PHY: want ehm dit is hoe het normaal hoort te gaan.
56. PAT: ja.
57. PHY: het is wel zo dat bij elke operatie er ook complicaties kunnen voorkomen.
58. PAT: ja.
59. PHY: en dat geldt met name ook in de hals.
60. PHY: er zitten een hoop vaten en bloedvaten en zenuwen.
61. PHY: en eh zenuwen zijn wat dat betreft het risico op complicaties het grootst.
62. PHY: er lopen zenuwen naar de schouder eh en een aantal andere structuren.
63. PHY: maar ik denk dat de schouder de belangrijkste is om op te noemen.
64. PHY: als die zenuw ten gevolge van de operatie niet meer goed functioneert en dat kan.
65. PHY: dat komt een enkele keer voor.
66. PHY: zelfs als je hem heel houdt dan nog wil het nog weleens zijn dat ie niet goed functioneert.
67. PHY: dan hebben de meeste mensen moeite met heffen van de arm boven het schouderniveau.
68. PHY: daaronder gaat het goed.
69. PHY: en de schouder gaat wat hangen en dat kan wat zeurende, vervelende klachten geven.
70. PHY: dat is eigenlijk denk ik het belangrijkste risico wat ik even met u moet bespreken wat er tijdens de operatie kan voorkomen.
71. PHY: er zijn nog veel meer zenuwen en vaten maar ik denk niet dat we daar eh eh verder op in hoeven gaan want die kans is bijzonder gering.
72. PAT: ja ja. (3.0)

73. PHY: ehm ja elke operatie kent ook complicaties zoals nabloeding, infecties of dingen die met anesthesie te maken hebben en niet zozeer met de operatie zelf.
74. PHY: ehm het komt een enkele keer voor maar het is heel zeldzaam.
75. PAT: ja ja.
76. PAT: het is een operatie die goed om te doen is?
77. PHY: het is een operatie die we veel doen.
78. PHY: die goed te doen is.
79. PHY: eh die over het algemeen weinig (1.0) weinig frequente complicaties laat zien.
80. PHY: en eh over het algemeen weinig... (2.0)
81. PHY: er zijn een paar maar weinig blijvende gevolgen eigenlijk.
82. COM: ok.
83. PHY: dus wat ik net zei: "het is wat stijf".
84. PAT: hoe lang duurt de operatie?
85. PHY: ja het eh eh hangt er ook een beetje vanaf...
86. PHY: niet alleen van wie het doet want ook daar is verschil in.
87. PHY: maar ook hoe makkelijk u uit elkaar valt om het maar uit te drukken.
88. COM: je kan ook geen voorkeur aangeven dan voor een arts?
89. COM: we zouden een voorkeur voor u kunnen uit...
90. PHY: ja: (2.0)
91. COM: omdat wij u een paar keer ontmoet hebben?
92. PHY: dat dat kan.
93. PHY: maar eh ik zou u niet aanraden een week te wachten eh omdat ik er niet ben of niet op het programma sta
94. PHY: natuurlijk, he?
95. COM: nee.
96. PHY: ik zal erop zetten dat er eh een voorkeur is maar dat daar zou ik het niet van laten afhangen.
97. COM: nou fijn.
98. PHY: ehm (3.0) u vroeg van: "hoelang duurt de operatie?".
99. PAT: ja hoe lang duurt de operatie?
100. PHY: Ja nou ja.
101. PHY: daarvan zei ik van dat hangt vvvan de arts en van u af eh... (sic.)
102. COM: ja.
103. PHY: dat is niet altijd voorspelbaar.
104. PHY: om en nabij eh een uur zou ik zeggen, he?
105. PHY: en dat kan dan anderhalf uur zijn en dat kan vijftig minuten zijn bij wijze van spreken.
106. PHY: maar dat is ongeveer wat het zal zijn.
107. PHY: ehm (3.0) opname.
108. PHY: ja weet je.
109. PHY: dat is ook ook af... afhankelijk van uzelf.
110. PHY: hoe u zich voelt enzo.
111. PHY: er komen een paar draintjes in en meestal...
112. PHY: wat we meestal aanhouden is dat mensen blijven totdat de drains eruit zijn.

113. PHY: maar als mensen heel erg staan te springen en eh zeggen: "ik wil al meteen naar huis".

114. PHY: dan doen we daar ook niet heel ingewikkeld over.

115. PAT: nee nee nee.

116. PHY: re... reken op een dag van tevoren komen.

117. PAT: ook een dag voor de operatie.

118. PHY: dan heb je de dag van operatie.

119. PHY: en dan heb je (2.0) drie... drie, vier dagen daarna.

121. PAT: ja ja.

122. PHY: dat is, he, een week ongeveer.

123. PHY: kan iets minder zijn.

124. PAT: ok.

125. PHY: kan iets meer zijn als er wel problemen achteraf zijn natuurlijk.

126. PAT: nee ik hoef pas naar huis als de drains eruit zijn.

127. PHY: u *hoeft* pas naar huis als de drains eruit zijn haha.

128. COM: hij wilt wel graag maar dan wel zonder drains haha.

129. PHY: dat zien we...

130. PHY: kijk als het een hele warme periode hier is dan piept u misschien nog wel anders hahaha.

131. PHY: dat zou zomaar kunnen.

132. PHY: dat zien we wel.

133. PHY: nee maar houdt dat even aan.

134. COM: ja.

135. PHY: en dan controleren we verder natuurlijk.

136. COM: prima.

137. PAT: al die controles blijven dan gewoon op vrijdag dan, he?

138. PAT: als u in X bent?

139. PAT: ja: eh op hoeveel lange termijn is de operatie te verwachten?

140. PAT: vanaf nu.

141. PHY: moet ik even bellen of u ingepland bent?

142. PAT: ja is goed.

143. PHY: (2.0) want dat hebben we vorige week wel al...

144. PHY: zijn we mee bezig geweest. (5.0) [typen]

145. PHY: hoi, meneer X, heb je al een datum? [telefoneren tot 172]

146. PHY: ja? (24.0) [typen]

147. PHY: oke en het is vandaag de...

148. PHY: oh het is volgende week al.

159. PHY: oh ja nee.

160. PHY: het is juni.

161. PHY: waarom zo laat? (7.0)

162. PHY: ja bent u al klaar met bestralen? [Tegen PAT en COM]

163. PAT: vandaag de laatste.

164. PHY: vandaag de laatste bestraling en dan moeten we ongeveer twee weken daarna zitten. (10.0)

165. PHY: yes dus dan zou je eigenlijk niet eind v...
166. PHY: niet volgende week.
167. PHY: eind van de week daarna of misschien in de week daarna.
168. PHY: zoiets.
169. PHY: en wat zijn dat voor dagen?
170. PHY: ik zet er even bij dat *als* mijn agenda het toelaat, dat ik even mee doe.
171. PHY: yes?
172. PHY: joe hai.
173. PHY: er stond 24 juni maar dat veranderen we.
174. PAT: ja ja.
175. PAT: dat is te ver weg.
176. PHY: het wordt eh rond 10 juni ergens maar...
177. PAT: ok.
178. COM: dat is fijn.
179. COM: krijgen we het schriftelijk toegestuurd ofzo.
180. COM: uiterlijk?
181. PHY: schriftelijk [fluisterend]
182. PHY: yes?
183. COM: ja fijn.
184. PHY: is het duidelijk?
185. PAT: ja.
186. PAT: helemaal.
187. PHY: geen vragen?
188. PAT: ik heb nu nog...
189. COM: nee u heeft de voorkeur al doorgegeven hoorde ik, he?
190. PHY: als er wat is en u zegt: "nou ik heb toch nog vragen".
191. PHY: maak even een afspraak in Y.
192. PHY: dan zien we elkaar daar nog wel even.
193. COM: oh ja dat zullen we doen.
194. PAT: oh ja.
195. PHY: eh u moet wel naar de anesthesist nog.
196. PHY: en dat moet vandaag eigenlijk.
197. PHY: anders moet u weer opnieuw komen.
198. PHY: en X, onze verpleegkundig consulent die wou u ook nog even spreken.
199. PHY: dus u bent nog heel even onder de pan.
200. PAT: ja.
201. COM: tien over half twaalf hebben we de bestraling.
202. PHY: oke dat komt dan allemaal achter elkaar in dit geval.
203. PHY: oke?
204. COM: maar...
205. PAT: waar moeten we ons melden?
206. COM: ja waar moeten we ons dan melden?
207. PHY: bij de balie, B.
208. PHY: waar u net ook bent geweest.

208. PAT: oke.
210. COM: en die weten dan hoe laat wij elk volgend afspraak hebben?
211. PHY: nou u krijgt dit van me mee.
212. COM: oke.
213. PHY: want ik vertrouw hun natuurlijk helemaal niet haha.
214. PHY: dat daar staat het op.
215. PHY: eh dat u nog even langs X, de verpleegkundig consulent en de inloopspreekuur van de anesthesie moet.
216. PAT: oke.
217. COM: is goed.
218. PHY: ja?
219. COM: ja.
220. PHY: misschien dat er nog even bloed geprikt moet worden.
221. PHY: ik denk dat dat gedaan is toen u hier voor het eerst was, niet?
222. COM: nee er is nooit geen bloed geprikt bij jou?
223. COM: nee volgens mij niet.
224. PHY: mag ik nog wel heel even want dan moet het nog wel even gebeuren [schrijft op papier]
225. PHY: goed dan wordt het zo ineens een hele drukke dag hihi.
226. PAT: ja.
227. COM: ja.
228. COM: nou ja goed.
229. COM: ik bedoel we zijn nu hier.
230. COM: we zijn al zo vaak op en neer.
231. COM: is best wel fijn als we niet nog eens extra hoeven...
232. PAT: ik wou natuurlijk genieten van de laatste dag bestraling vandaag.
233. PAT: maar dat zit er niet in zo.
234. COM : haha mocht het ...
235. PHY: u bent de eerste in 25 jaar die *die* opmerking maakt hahaha.
236. PHY: goed zo.
237. COM: moet je niet vragen nog of als eh.
238. COM: mijn man slikt gewoon nog zelf, he?
239. COM: flesjes voeding.
240. COM: dus mocht dat niet zijn dan moeten we dat melden bij u of bij dinge? (sic.)
241. PHY: in principe bij de bestralingsarts.
242. PHY: die is de hoofdbehandelaar.
243. COM: goed.
244. PAT: ja.
245. PHY: maar X is ook altijd een makkelijk aanspreekpunt.
246. PHY: misschien nog wel het makkelijkste van iedereen.
247. COM: oke.
248. PHY: en we willen niet dat u gaat afvallen voor de operatie bij voorkeur.
249. COM: ja nee daarom.
250. COM want het is nu...

251. PAT: nee maar het is...
252. PAT: ik blijf redelijk op gewicht nu dus eh.
253. PHY: ja.
254. COM: we proberen dat vol te houden.
255. PHY: ja.
256. COM: oke.
257. PHY: goed?
258. PHY: succes.
259. PAT: duidelijk
260. PAT: ok bedankt.
261. PAT: succes, he!
262. PAT: dag.

D-1

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM: Companion, PHT Physician Two

@Comment: Physician speaks the Dutch language with a strong accent

1. PHY: hoe is het gegaan?
2. PHY: de punctie?
4. PAT: eh ja goed.
5. PAT: weinig last eh.
6. PHY: geen pijn en...
7. PAT: geen nee
8. PHY: oke.
9. PHY: we hebben nou de uitslag van de punctie eh gekregen.
10. PHY: dat is inderdaad dezelfde afwijking die in de klieren zit, he?
11. PHY: de eerste instantie dachten we: "oke, dat kan nog van van he: ergens, he?"
12. PHY: in je lichaam, he?"
13. PHY: we weten niet waar het vandaan komt.
14. PAT: ja.
15. PHY: omdat ze hebben alleen in de klier gepuncteerd, he?
16. PHY: dat is een carcinoom.
17. PHY: dat is een tumor uitgaand van de slijmvlies. (sic.)
18. PHY: eh dat komt niet van de prostaat.
19. PHY: het komt niet van de schildklier.
20. PHY: dat is een plaveiselcelcarcinoom.
21. PHY: en we weten niet of dit inderdaad komt via komt van de neus of van de keel of van de keelholte.
22. PHY: maar op de PET-CT zijn geen afwijkingen daar.
23. PHY: maar de punctie van de speekselklier die liet zien dat het inderdaad zelfde tumor is. (sic)
24. PAT: oke.
25. PHY: zal hoogstwaarschijnlijk inderdaad een tumor uitgaande van de speekselklier en die is nu ook he eh langs de de lymfevaten naar die klieren uitgezaaid.
25. COM: hmhm.
26. PHY: ja.
27. PHY: de long is nog goed.
28. PHY: we zagen nog wat afwijkingen rond de longen maar dat is hoogstwaarschijnlijk wat ontstekingen.
29. PHY: en daar voorlopig gaan we dat alleen nog maar verder controleren nadat we dit behandeld hebben.
30. COM: ja.
31. PAT: wat ik nou heb, is zeg maar speekselklier eh kanker.
32. PHY: speekselklierkanker die al uitgezaaid is naar de klieren.
33. PAT: naar de gewone de klieren en alleen in deze regio?

34. PHY: in deze regio, he?
35. PHY: nog geen uitzaaiingen in de rest van uw lichaam, he?
36. PAT: oh oke.
37. PHY: daarom gaan we nog proberen om u te cureren, ja?
38. PHY: te genezen.
39. COM: ja, ja, ja.
40. PHY: en de beste vorm van behandeling, he, is opereren en afhankelijk van de uitslag van de kweek volgt.
41. PHY: eh sowieso ga ik nog nabehandelen na de na de operatie in de vorm van bestraling.
42. COM: ja.
43. PHY: maar afhankelijk van de kweek...
44. PHY: misschien komt nog een extra behandeling in de vorm van chemotherapie.
45. PHY: maar chemotherapie in principe is geen standaardbehandeling voor speekselklier tumoren.
46. COM: oke.
47. PHY: he, standaardbehandeling is zoveel mogelijk van de tumor eh weghalen.
48. PHY: de klieren weghalen en daarna bestralen.
49. COM: en dat is wel goed mogelijk om het helemaal weg te halen?
50. PHY: ja zoveel mogelijk weg te halen.
51. COM: ja.
52. PHY: ja wat is zoveel mogelijk, he?
53. COM: ja.
54. PHY: als we praten over genezen dan gaan we zoveel mogelijk van de tumor verwijderen.
55. PAT: ja.
56. PHY: maar ook zoveel mogelijk structuren in de omgeving sparen.
57. PHY: om de functie...
58. COM: ja.
59. PHY: te behouden, he?
60. PHY: en als we gaan praten over operatie in dit gebied, he?
61. PHY: de speekselklieren.
62. PHY: de vorige keer heb ik gezegd, he, de aangezichts zenuw die loopt tussen de speekselklier.
63. PAT: ja.
64. PHY: je hebt een oppervlakkige kwab en we hebben nog een diepe kwab.
65. PHY: en tussenin loopt de zenuw.
66. PHY: de afwijking in de speekselklier die zit niet alleen op de oppervlakkige kwab maar ook onder.
67. PHY: dus dat betekent dat tijdens de operatie de twee boven en onder de zenuw moeten opereren.
68. PHY: en als het zou blijken tijdens de operatie dat de zenuw, he, of dat de tumor echt naast de zenuw loopt.
69. PHY: en als we gaan kiezen voor een uitgebreide operatie dan misschien dat we dan een paar aftakkingen van de zenuw opofferen.
70. PAT: oke.

71. PHY: en dat kan leiden tot hangende mond.
72. PHY: problemen met sluiten van de ogen.
73. COM: blijvend of eh.
74. PHY: dat is blijvend.
75. COM: oke ja.
76. PHY: als ik de de zenuw ga eh echt doorsnijden omwille van de uitbreiding van de tumor dan dan is het blijvend.
77. PHY: wat kunt doen is dat tijdens de operatie de plastisch chirurg al iets gaan doen om, he, om de effect te verminderen. (sic.)
78. COM: maar is dat dan per se nodig?
79. PHY: dat is niet nodig.
80. PHY: dat is afhankelijk van wat we zouden zien tijdens de operatie.
81. COM: wat u ziet.
82. COM: ja ja ja ja.
83. PHY: tenzij u zegt: "ik wil dat niet".
84. PHY: dus dat betekent dat ik de tumor moet eh laten laten liggen op de zenuw.
85. PHY: en dat is natuurlijk niet... niet goed.
86. COM: niet goed nee.
87. PHY: maar als de zenuw niet aangedaan is, dan ga ik sowieso de zenuw sparen.
88. COM: ja.
89. PHY: maar door die operatie zelf.
90. PHY: het kan zijn dat na de operatie krijg je een blijvend of een tijdelijke verlamming van de zenuw.
91. COM: ja ja.
92. PHY: he, het gaat toch boven en onder gaat opereren.
93. COM: ja ja.
94. PHY: dus dat is een van de risico...
95. PHY: een risico van dit soort ingrepen met name operatie van de speekselklier.
96. PHY: elke operatie rond de speekselklier heeft een risico en dat is... dit is een van de grootste risico.
97. COM: ja ja ja.
98. PHY: he, dus alleen van de speekselklier.
99. PHY: naast de speekselklier gaan we ook de klieren eruit halen, ja?
100. PHY: want bijna bijna alle levels, he?
101. PHY: van de onderkant tot aan de net boven de sleutelbeen daar zitten de klieren.
102. PHY: in die omgeving van de klieren lopen ook belangrijke structuren, he?
103. PHY: daar zitten ook de zenuw die naar de mond toe gaat en de beweging van de schouder.
104. PHY: deze beweging. [doet het voor?]
105. PHY: als die zenuw voor de beweging van deze beweging van de schouder aangeraakt wordt, he, dan krijg je ook tijdelijk of blijvende problemen met deze beweging.
106. COM: ja.
107. PHY: de rest van de bewegingen van de schouder die blijven gewoon goed.
108. PHY: alleen deze beweging.

109. PHY: oke.

110. PHY: de zenuw die naar de tong gaat die zit toch in de omgeving maar als het niet aangedaan is door de tumor dan laat ik het ook zo zitten.

111. COM: ja ja ja.

112: maar door de operatie, door de druk kan ook leiden tot blijvende of tijdelijke verlamming van de tong.

113. PHY: als de zenuw intact is gebleven dan verwachten we na een tijdje dat de beweging van de tong beter gaat.

114. COM: oke.

115. PAT: dan krijg ik problemen met praten enzo.

116. PHY: ja, ja.

117. PHY: zo ik praat alleen maar over de zenuw.

118. PHY: is veel, he?

119. COM: ja.

120. PAT: ja.

121. PHY: eh in de omgeving lopen ook bloedvaten.

122. PHY: de kleinere bloedvaten, he, eh tijdens de operatie doen we onderbonden.

123. PHY: en de grote bloedvaten als 't niet zijn aangedaan is, doen we daar niets aan, he?

124. PHY: kan zijn dat een paar minuutjes, of een uur twee of drie uurtjes na de operatie of zelfs een paar dagen na de operatie begint te bloeden.

124. COM: hmhm.

125. PHY: en het gaat niet vanzelf stoppen dat betekent dat, dat wij u terug naar de operatiekamer misschien moeten brengen om de bloeding te stoppen. (2.0)

126. PHY: ontstekingen, he, infecties van het wond, dat kan ook eh eh grote probleem zijn na zo'n ingreep.

127. PHY: de huid is niet niet aangedaan, he?

128. PAT: nee.

129. PHY: ja deze kant.

130. COM: ja hahaha.

131. PAT: hahaha.

132. PHY: deze kant.

133. PHY: ik denk dat ie een lap is niet nodig.

134. PHY: ik zal straks even even voelen.

135. PHY: vorige keer...

136. PHY: ik dacht dat de huid al een beetje aangedaan is.

137. PHY: stel dat ik een stukje van de huid moeten eh verwijderen, dan is het moeilijker om om het wondje te sluiten.

138. COM: ja.

139. PHY: als het echt nodig is, misschien moet de plastisch chirurg nog eh stukken van de borstbeen gebruiken om het wondje te bedekken.

140. PHY: maar als ik nu kijk, hoogstwaarschijnlijk is het niet nodig.

141. PHY: op de CT, he, hier zit een klier en die zit tegen de bot hier. [wijst naar het scherm?]

142. COM: hmhm.

143. PHY: afhankelijk van wat ik tijdens de operatie zouden zien.

144. PHY: misschien moet nog een beetje van het bot afschrapen om een radicale he en een grote operatie te...om te zorgen dat de randen goed zouden zouden blijven.

145. PHY: maar sowieso ik maak al een afspraak met de plas... plastisch chirurg.

146. COM: ja.

147. PHY: om te kijken wat de mogelijkheden zijn, he, als we tijdens de operatie toch de zenuw moeten verwijderen.

148. COM: hmhm.

149. PHY: daar zit tegelijkertijd in de constructie, he he, die de zenuw herstellen door middel van een nieuwe, ja, zenuw.

150. COM: ja ja.

151. PHY: ja?

152. PHY: het is niet honderd procent nu.

153. PHY: als we nu zegt dat de zenuw gaat.

154. PHY: maar het is een...

155. PAT: het zou kunnen.

156. PHY: een beslissing die we samen moeten moeten nemen.

157. COM: ja ja.

158. PHY: na de operatie hoogstwaarschijnlijk blijft u nog voor tien dagen bij ons.

159. PHY: waarom is dat?

160. PHY: omdat u krijgt tenminste nog twee drains...

161. COM: ja.

162. PHY: om te zorgen dat de wondvocht eh weggevoerd wordt.

163. PHY: en hoogstwaarschijnlijk blijft de drains voor drie vier dagen.

164. PHY: zodra dat de drains weg eh zijn, zodra u zowel kunt lopen, eten dan mag u al naar huis.

165. PHY: en nadat de wondje is genezen en binnen paar weken volgt de andere eh behandeling...

166. PHY: ja.

167. PHY: dus in de vorm van bestraling.

168. COM: ja.

169. PAT: ja oke. (2.0)

170. COM: oke.

171. PHY: heb ik nog iets gemist? (3.0)

172. PAT: het wordt niet poliklinisch gedaan, dus?

173. COM: nee haha.

174. PHY: haha nee het is...

175. PHY: dat is een eh eh ingreep onder narcose.

176. PHY: vandaag kunt u ook al langs de anesthesioloog voor een gesprek

177. COM: ja.

178. PHY: eh hij gaat of zij gaat kijken naar de longen en de hart.

179. PHY: en zodra dat wij een groene licht krijgt voor de ingreep dan eh wordt u gepland voor de operatie.

180. COM: hoe lang gaat dat ongeveer duren?

181. PHY: ja, zo snel mogelijk natuurlijk, he?

182. COM: ja dat begrijp ik inderdaad maar...

183. PHY: ik heb geen exacte datum nog.

184. COM: nee, maar ik bedoel qua wachttijd.

185. COM: is dat eh groot of ...?

186. PHY: we hebben altijd een wachttijd, maar voor elke kwaadaardige tumor proberen we de behandeling binnen vier weken te beginnen.

187. PAT: als we praten over overlevingskansen.

188. PAT: zijn die goed of ...?

189. PHY: vooralsnog ja.

190. PHY: maar ik heb nog geen eh duidelijke type van de tumor, he?

191. COM: ja.

191. PHY: wat we weten is dit een carcinoom.

191. COM: ja.

192. PHY: en het is ook belangrijk om te weten wat voor soort type tumor het is.

193. PHY: en dan kunnen we zeggen: "oke dit is de kans, he?"

194. PHY: wat is de prognose?"

195. PAT: en dat kan pas als je...

196. PHY: als we alles al hebben.

197. PAT: ja als je het onderzocht hebt.

198. PHY: wat we nu weten is dat de tumor alleen maar hier zit en hier zit. [wijst naar scherm?]

199. PHY: en geen afwijkingen in de long of in de lever.

200. PHY: daarom zeggen we: "ok we hebben nog een kans voor voor curatie, he, voor genezen".

201. COM: ja.

202. PHY: "daarom gaan we dit eh behandelingen doen". (sic.)

203. PHY: anders wat ik zou zeggen: "oke grote ingreep heeft geen zin". (sic.)

204. COM: ja ja ja.

205. PHY: maar de long en de rest van uw lichaam is nog goed, zo.

206. COM: ja.

207. PHY: en alleen bestralen dat zal niet lukken.

208. PHY: en chemotherapie hebben we geen standaardvorm van chemotherapie voor dit soort tumoren.

209. COM: ja.

210. PHY: en eigenlijk we weten nog niet wat voor soort tumor het is.

211. COM: ja.

212. PHY: we weten alleen dat het kwaadaardig is.

213. PHY: het is een carcinoom.

214. COM: ja.

215. PHY: moeten we zoveel mogelijk de tumor verwijderen.

216. COM: ja en dat kan dan verder onderzocht worden.

217. COM: ja.

218. PHY: ja. (4.0)

219. COM: oke, ja. (4.0)

220. PHY: ja? (3.0)

221. PHY: jullie zijn ook al bij de verpleegkundig consulent geweest, he?
222. PHY: bij de eerste eh gesprek?
223. COM: ja ja.
224. PAT: ja. [fluisterend]
224. PHY: maar misschien vandaag ook nog?
225. PHY: ze gaat even kijken hoe hoe het gaat, he?
226. PHY: thuis, he?
227. PHY: wat is de thuissituatie?
228. PHY: ja als er toch veel meer thuiszorg zouden nodig hebben voor de thuissituatie dan moeten we dat van tevoren al regelen.
229. COM: oke.
230. PHY: en niet een dag voor het ontslag dan eh...
231. COM: nee nee.
232. COM: ja oke.
233. COM: dat is prima.
234. COM: eh wanneer horen wij eventueel wat over de operatie?
235. PHY: ja tenminste een week van te voren krijgt u een bericht van onze secretaresses wanneer de operatie zouden plaatsvinden.
236. COM: ja.
237. PHY: hoogstwaarschijnlijk gaat de operatie hier plaatsvinden in de Y.
238. COM: ok ja.
239. PHY: maar soms doen we ook de operatie in het centrumlocatie.
240. COM: hmhm.
241. PHY: maar daar heb ik alleen maar een een O.K. per week.
242. COM: ja.
243. PHY: maar af en toe als de wachttijd hier te lang is dan doen we de operatie daar ook.
244. COM: ok ja.
245. PHY: volgens mij hebben we alle onderzoeken al gedaan, he?
246. PHY: ook bloedonderzoeken.
247. PHY: eh longfoto is niet nodig omdat we hebben al een PET-CT gehad.
248. COM: ja.
249. PHY: ehm vandaag even gesprek met de anesthesioloog.
250. PHY: en voor de ingreep laat ik u bij mijn collega langskomen.
251. PHY: ehm een van de plastisch chirurg om een uitleg te geven...
252. COM: ja.
253. PHY: over de mogelijkheden eh stel dat wij eh de zenuw moeten opofferen dan dan krijgt nog een gesprek over de mogelijkheden.
254. PAT: oke.
255. PAT: dat is allemaal vandaag?
256. PHY: ehm ik weet nu niet of de af...
257. PHY: of het gesprek met de plastisch chirurg vandaag kunnen plaatsvinden maar dat kan ook...
258. PHY: maar u moet wel sowieso voor de operatie.
260. COM: ja ja ja.

261. PHY: mag u ook even op de stoel zitten.
262. PHY: even voelen.
263. PAT: ja. [Onderzoek (48.0) – onhoorbaar dialoog]
264. PHY: ja het is kleiner geworden!
265. COM: ja.
266. PHY: ik denk toen toen ik hem eh vorige week zag.
267. COM: ja.
268. PHY: de huid is echt gespannen.
269. PHY: daarom zei ik: “ok toch een huid gebruiken”.
270. COM: ja.
271. PHY: maar zal alsnog misschien meevallen. [Onderzoek (12.0)]
272. PHY: Prima. [typt op computer (6.0)]
273. PAT: misschien als we nog een weekje wachten dat het vanzelf weggaat haha.
274. PHY: Hihi dan wordt alleen maar de operatie beter, he?
275. COM: ja haha.
276. PHY: dan kan ik nog eh zeg maar de zenuw los prepareren van eh van de afwijking.
277. PAT: ja.
278. COM: ja. (5.0)
279. PHY: oke dan ga ik de gesteelde lab verwijderen.
280. PHY: het is niet nodig. [clickt met de muis van de computer (5.0)]
281. PAT: u voert de operatie uit?
282. PHY: ja.
284. PHY: u gebruikt geen bloedverdunners, toch?
285. PHY: nee.
286. PHY: geen veranderingen sinds ehm ja sinds afgelopen week?
287. PAT: veranderingen?
287. PHY: qua conditie?
288. PAT: nee.
289. PHY: voedt u wel goed?
290. PAT: volgens mij ben ik weer aangekomen.
291. PHY: de stress?
292. PAT: ja is wel toegenomen ja. (4.0)
292. PHY: die heb ik net aangevraagd de operatie. (4.0)
293. PHY: nog een consultvel. (26.0)
294. PHY: vandaag is 14 of 15 [fluisterend]
295. PHT: nee sorry 14. [Schrijft (45.0)]
296. PHY: oke dit is voor de plasticus.
297. COM: ja.
298. PHY: en... (3.0)
299. PHY: als u dit straks aan de balie afgeeft wordt u nog verder begeleid voor de eh anesthesie.
300. COM: ja.
301. PHY: en ze gaan proberen nog een ja als het niet meer vandaag kan het liefst zo snel mogelijk een gesprek meteen met de plastische chirurgie, ja?

302. COM: ja.
303. PAT: nog een vraagje als eh ...
304. PHY: ja.
305. PAT: hoe lang na de operatie zou ik weer aan het werk kunnen?
306. PHY: ehm ja.
307. PAT: is daar een tijd eh...?
308. PHY: u krijgt nog bestraling eh na de operatie eh.
309. PHY: meestal de bestraling moet binnen vier weken tot zes weken plaatsvinden.
310. PHY: zo ik denk meteen na de operatie moet nog even...
311. COM: ja gewoon rustig aan doen.
312. PHY: rustig eh houden.
313. PHY: en de bestraling duurt ongeveer vijf à zes weken.
314. PAT: is dat elke dag of is dat ...?
315. PHY: dat is elke dag.
316. PHY: eh soms twee keer op de eh ...
317. PHY: doen we dat nog? [tegen PHT]
318. PHT: ja soms.
319. PHY: ja.
320. PHT: maar niet zo heel vaak.
321. PHY: in het algemeen is het nog vijf à zes weken.
322. PHY: zo als we zeggen: "ok eeh nog operatie."
323. PHY: ik zou zeggen: "stel als de operatie binnen twee weken binnen drie weken gaat plaatsvinden..."
324. PAT: ja.
325. PHY: "dan hebben we nog twee weken eh tenminste nodig voor de recuperatie".
326. PHY: "en daarna nog bestraling."
327. PHY: zo u moet nog lang eh...
328. COM: ja in principe niet werken.
329. PHY: nog eh...
330. COM: gewoon eh nee.
331. PHY: ik zou gewoon rustig houden voor komende drie maanden.
332. PHY: twee drie maanden.
333. COM: ja ok. (2.0)
334. PAT: ja nou ja.
335. PAT: kan ik dat doorgeven aan mijn werk.
336. PAT: dat ze me een tijdje kwijt zijn.
337. COM: ja.
338. PAT: maar ik kom wel terug, toch?
339. PHY: ja ja zeker.
340. PHY: dat is de bedoeling hihi.
341. COM: hihi.
342. PHY: dat is de bedoeling van onze behandeling, ja.
343. COM: ja ok.
344. PHY: hebben we alles al?

345. COM: ja volgens mij wel, toch?
346. COM: ja.
347. PAT: een hoop duidelijker eh geworden.
348. COM: ja.
349. PHY: en als u nog problemen zouden hebben of vragen zouden hebben in de tussentijd.
350. PHY: bel dan ons eh gerust op.
351. PHY: ik heb nog de nummer van onze verpleegkundig consulent.
352. COM: ja ja ja
353. PAT: ja klopt ja.
354. PHY: ja?
355. PAT: dit is voor de balie.
356. COM: dit aan balie afgeven.
357. PHY: meneer X, ik zie u wel bij de operatie, he?
358. PAT: ja, als u uw best doet , zal ik dat ook doen.
359. PHY: haha ja zeker.
360. PHY: succes.
361. PHY: tot ziens.
362. PAT: tot ziens.
363. PAT: en bedankt, he?
@End

E-1

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion

@Comment:

1. PHY: zo.
2. PHY: hoe is het?
3. PHY: spannend?
4. PHY: haha.
5. COM: ja.
6. COM: wel benieuwd natuurlijk.
7. PHY: ja.
8. PHY: ok.
9. PHY: ehm we hebben die... de scans zijn bekeken ook uw MRI die gedaan is.
10. PHY: we zien klieren in de hals.
11. PHY: het zijn er meerdere he?
12. PHY: dat wist u al.
13. PHY: en afwijking achter in de neuskeelholte.
14. PAT: ja.
15. PHY: nu lijkt het uit te gaan van het tussenschot, neustussenschot.
16. PHY: he en daarom he wat ik u zei het pendelde.
17. PAT: ja.
18. PHY: een soort gesteeld iets is het.
19. PHY: ehm verder hebben de echo gedaan.
20. PHY: bevestigen er bevestigen ze daarmee eh hetzelfde.
21. PHY: meer klieren aan de linkerkant aan de andere kant geen afwijking.
22. PAT: dat begreep ik ja.
23. PHY: het weefselonderzoek hebben we opgevraagd he het weefselonderzoek wat gedaan is.
24. PAT: ja wat in Y gedaan is ja.
25. PHY: die uitslag heb ik nog niet.
26. PHY: maar ik heb u al wel besproken binnen onze werkgroep.
27. PHY: en daar komt uit, kijk af...
28. PHY: de uitslag van 't weefselonderzoek in het ander ziekenhuis zoals we dat noemen is een kleincellig carcinoom, ja?
29. PHY: als dat bevestigd wordt hier zal de behandeling zijn eh chemotherapie.
30. PHY: dat zal dus van tevoren gegeven worden.
31. PHY: dat is inductiechemotherapie zoals het heet gevolgd door bestralingen.
32. PHY: komt er een andere diagnose, weefseldiagnose uit, he, dan zal de behandeling bestaan uit ook weer chemotherapie met bestralingen maar dan zal het tegelijk plaatsvinden.
33. PHY: dus dan tijdens de bestraling zult u op gezette tijden chemotherapie ontvangen.
34. PAT: ja ja en anders navolgend.

35. PHY: precies precies precies.
36. PHY: ehm dus dat is het plan wat we hebben.
37. PAT: ja.
38. PHY: moeten we nog alleen nog even wachten op het weefselonderzoek.
39. PAT: dat het zo lang duurt...
40. PHY: ja en daar wil ik dus ook niet op wachten.
41. PHY: vandaar dat ik ehm eigenlijk aan u wil vragen.
42. PHY: wil voorstel wil doen is om volgende week dinsdag dat wij hier in narcose een stuk weefsel van achter in de neus weghalen.
43. PAT: zelf het onderzoek te doen?
44. PHY: ja.
45. PHY: he want dan kan ik wachten maar dan als er daar nog onduidelijkheden in... onduidelijkheden in zijn dan heb ik hier al wel ons onderzoek ingezet.
46. PAT: ja.
47. PHY: en het zal zo niet lukken.
48. PHY: het is te smal en als u slaapt dan hebben we net iets meer...
49. PAT: kunt u meer wringen
50. PHY: ja precies.
51. PHY: ik zou het niet zo noemen maar haha
52. PAT: maar het is wel duidelijk natuurlijk.
53. PHY: maar zo is het wel.
54. PHY: ja?
55. PHY: dus ehm...
56. PAT: lijkt me verstandig.
57. PHY: gaan we doen.
58. PAT: want het is...
59. PAT: ik begrijp dat die communicatie tussen Y1 en Y2 niet zo vlekkeloos verlopen altijd.
60. PAT: dus dat kan soms wel wat lastig zijn.
61. PHY: volgens mij is dat tussen alle ziekenhuizen haha.
62. PAT: nou kijk daar worden we nog onprettiger bij...
63. PAT: nee hoor maar het is prima.
64. PHY: ja?
65. PAT: ja
66. PHY: dan eh wat ik zo doe.
67. PHY: ik uh stuur u nu gelijk door naar de anesthesist.
68. PAT: ja
69. PHY: die moet u even van tevoren gezien hebben om te kijken of u fit genoeg bent voor de narcose.
70. PAT: ja
71. PHY: en dan eh gaan we het in gang zetten.
72. PHY: en dan eh wordt u gebeld waarschijnlijk morgen of vanmiddag door de secretaresse.
73. PHY: dat u maar dinsdagochtend hier moet zijn en dan zult u in de loop van dinsdag.
74. PHY: doen wij de, zeggen de kijkoperatie.

75. PHY: we nemen een biopt.
76. PHY: en als het goed zit, mag u aan het eind van de dag weer naar huis.
77. PAT: dat zou mooi zijn.
78. PHY: als alles goed gaat.
79. PAT: ja ja.
80. PHY: en dan zie ik u de week daarop.
81. PHY: dan heb ik de uitslag van het weefselonderzoek en dan eh gaan we van daaruit verder kijken.
82. PHY: ik ga u vast eh aanmelden voor de bestralingen dus dat gaan we allemaal in gang zetten om maar geen tijd te verliezen.
83. PAT: ja tuurlijk.
84. PAT: ja ja ja.
85. PAT: is er veel haast bij geboden of is het gewoon stap voor stap?
86. PHY: ja.
87. PHY: d'r is haast altijd.
88. PHY: omdat het een kwaadaardige aandoening betreft maar we moeten wel inderdaad stap voor stap gaan om geen fouten te maken.
89. PAT: ja ja ja.
90. PAT: precies.
91. PAT: oke.
92. PHY: he?
93. PHY: om onszelf niet voorbij te lopen dat dat is...
94. PAT: hier kan voor de rest niets mee gebeuren?
95. PAT: want ik heb het gevoel dat het wat harder wordt.
96. PAT: misschien ietsjes groter.
97. PAT: hier hoef ik geen bijzondere aandacht aan te besteden?
98. PAT: gewoon laten voor wat het is?
99. PHY: ja.
100. PAT: oke.
101. PHY: ja ja ja...
102. PAT: nee ik vraag het alleen.
103. PHY: u vroeg het alleen.
104. PHY: dus ja dat is zoals het plan d'r nu voor staat.
105. PAT: ja dat lijkt me sterk.
106. PAT: doe maar zo.
107. COM: en hoeveel van die bestraling en chemotherapieën...
108. PHY: dat is helemaal afhankelijk van de uitslag van het...
109. COM: voortgang...
110. PHY: weefselonderzoek.
111. COM: oh zo ja.
112. COM: dus als je de uitslag van het weefsel hebt dan kun je je...
113. PHY: ja dan weet je welk traject in en dan van daaruit verder kijkend hoeveel...
114. COM: ja kun je je plan maken.
115. COM: ja ja maar het is al zeker dat het plan er zo uitziet?

116. PHY: ja het is of het een of het ander.
117. COM: ja ja.
118. PAT: het is of navolgend of gelijktijdig.
119. PHY: juist.
120. COM: ja ja
121. PAT: eh ja de chemotherapie en bestraling met name de start.
122. PAT: dat moet ook hier plaatsvinden.
123. PAT: dat kan bijvoorbeeld niet in het radiologisch centrum in Y1 eh Y2?
124. PHY: dat mag niet meer. (1.0)
125. PAT: dat mag niet meer.
126. PAT: oke...
127. PHY: Het is niet van ons... ons uit.
128. PHY: maar de vereniging van bestralingsdokters en, uh volgens mij GZ, hebben besloten dat dat niet...
129. PHY: hoofdhalsbestralingen niet meer in Y mag.
130. PHY: dat heeft te maken met het aantal patiënten, die he?
131. PHY: d'r wordt een norm gesteld bepaald aantal Patiënten moeten in een bepaald instituut behandeld worden.
132. COM: ja
133. PHY: ...wil je dat blijven doen.
134. PHY: Y haalde dat aantal niet.
135. PHY: dus het mag niet meer.
136. PAT: ja uiteindelijk kom je in een soort vicieuze cirkel terecht natuurlijk.
137. PAT: je haalt het niet maar je haalt het dus nooit...
138. PHY: u bent... u heeft helemaal gelijk.
139. PHY: wij vinden het ook erg jammer want één... een: htt is natuurlijk heel onvriendelijk voor de patiënt want.
140. COM: ja
141. PHY: bestraling is elke dag en je moet elke dag een reis maken.
142. PAT: ja daarom.
143. COM: ja
144. PHY: dat is een.
145. PHY: twee (1.0): de wachtlijsten hier of de wachttijden worden groter want je krijgt een...
146. PAT: ja een toegevoegde.
147. PHY: toe... een, he?
148. PHY: het aantal patiënten wordt groter.
149. PHY: maar goed.
150. PAT: ja dat is zo.
151. PHY: daar wordt soms niet naar gekeken heb ik het gevoel maar.
152. PAT: nee een heleboel belangen worden aan de kant geschoven gaande de *efficiency* en de bekostiging.
153. PHY: ja maar goed d'r is ook wel een natuurlijk een een goeie kant aan dit geheel is ehm.

154. PHY: als je een bepaalde behandeling wat het ook mag zijn eens in de zoveel tijd doet en je hebt een ander kliniek die het dagelijks doet.
155. PHY: ja expertise is natuurlijk ook weer dus dat dat met name.
156. PHY: dat is de reden.
157. PHY: soms gaat het voorbij aan andere.
158. PAT: ja het is natuurlijk ook.
159. PAT: je hebt alles in een hand.
160. PHY: ja.
161. PAT: en als de communicatie tussen de ziekenhuizen niet zo goed gaat dan.
162. PHY: op zich gaat het wel goed hoor.
163. PAT: ja...
164. PHY: we hebben...
165. PHY: kijk volgens mij is het sinds het begin dit jaar eh stopgezet of eind vorig jaar en daarvoor al jaren ging het prima want we hebben het altijd gedaan.
166. PHY: goed (1.0) het ..
167. PHY: ik kan het niet anders voor u maken.
168. PAT: nee hoor het is prima zo.
169. COM: maar hoe gaat dan?
170. COM: want je moet elke dag hier komen behalve in het weekend, denk ik?
171. PHY: ja ja ja.
172. COM: ha want we kunnen natuurlijk niet elke dag
173. COM: jij zeker niet.
174. COM: van eh Y1 naar Y2 eh op eigen gelegenheid komen eh...
175. PHY: nee ehm de zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor een taxi, bijvoorbeeld tijdens de bestralingsperiode.
176. PHY: u moet de papieren opvragen die neemt u mee als u een afspraak heeft bij de bestralingsarts.
177. PHY: die vult het in.
178. PHY: u stuurt het op en dan wordt het allemaal geregeld.
179. COM: die papieren die moeten komen van de...
180. PHY: van de zorgverzekeraar.
181. PHY: ja kunt u downloaden van het internet of...
182. COM: ja ja ok.
183. PAT: heb jij nog eh?
184. COM: nou ik zit even de denken want er komt zoveel op af.
185. COM: ja ik denk dat we toch aardig overzicht hebben kunnen krijgen zo.
186. PAT: nou als ik in de documentatie het meekrijg.
187. PAT: dat dit deze situatie pak 'm beet honderd keer per jaar voorkomt in Nederland.
188. PAT: is dat dus een uitzonderlijke situatie of is dat honderd?
189. PHY: nou kijk.
190. PHY: hoofdhalskanker he waar dit toe behoort komt überhaupt niet zoveel voor.
191. PHY: he we hebben ongeveer 2.500 nieuwe patiënten per jaar op 16 miljoen mensen.

192. PAT: ja ja ja.
193. PHY: en daar hoofdhals is nog verdeeld in allerlei plekken.
194. PAT: ja
195. PHY: ja dit is inderdaad he zeg nasopharynx.
196. PHY: het gebied waar het zit is niet de plek waar het het meest voorkomt.
197. PAT: ja ja precies.
198. PAT: oke dat is duidelijk.
199. PAT: je moet ergens bijzonder in zijn, toch?
200. PHY: haha liever iets anders denk ik.
201. PAT: ja.
202. PAT: maar goed je hebt niet altijd de keuze.
203. PHY: dat is ook zo.
204. PAT: het is mij wel duidelijk.
205. PAT: jou ook?
206. COM: ja.
207. PHY: ga ik even bellen.
208. PHY: doe jij dit...?
209. PHY: u u had begrepen waar dit voor was, he?
210. PAT: ja ja we hebben het even kort besproken.
211. PHY: ter controle...

@End

F-1

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion, PHA Physician assistant

@Comment: Patient is difficult to understand as a result of radiation of the throat

1. PHY: verleden keer eh vond ik dat u er slecht uitzag.
2. PHY: nog een beetje.
3. PHY: voelt u zich goed?
4. PAT: he?
5. PHY: voelt u zich wel goed?
6. PAT: muah
7. PHY: beetje moe?
8. PAT: heb ik ook net dat het allemaal kleiner wordt.
9. PAT: je moet 't steeds meer eh dunner maken dat prakken...
10. PHY: hm ja.
11. PHY: dat komt van de bestraling die u heeft gehad op dat gebied.
12. PHY: had u ook chemotherapie erbij gehad of alleen bestraling.
13. PHY: ook chemotherapie?
14. PAT: ja.
15. PHY: ja.
16. PHY: ik vond dat u verleden keer er slecht uitzag.
17. PHY: dat hebben we van de reden om een scan te maken en een echografie.
18. PHY: de tong ziet er goed uit.
19. PHY: de keel ziet er ook helemaal goed uit.
20. PHY: ook bij dit onderzoek ziet het er goed uit.
21. PHY: alleen eh d'r wordt wel op die scan gezien dat er nog een kliertje in de hals zit.
(2.0)
22. PAT: ja toen hebben ze een punctie gedaan.
23. PHY: hebben ze een punctie gedaan.
24. PHY: daar komen kwaadaardige cellen uit.
25. PHY: dat betekent dat als je dat kwijt wilt raken dat dat geopereerd moet worden.
26. PHY: dat is een operatie waarbij we dan de halsklieren weghalen aan de linkerkant.
27. PHY: en dat we daar ook nog een een stukje huid van de borst als...

28. PHY: met spier als be.. bescherming in gaan leggen
29. PHY: d'r worden ook zowel bij de scan als bij de echografie met de punctie worden daar toch kwaadaardige cellen gezien. (4.0)
30. PHY: oke.
31. PHY: er zijn twee opties.
32. PHY: de ene optie is dat je niks doet.
33. PHY: en dan groeit dat door en dan eh dan gaat het gewoon niet goed.
34. PHY: en de andere optie is dat je dat toch gaat opereren.
35. PHY: en dan eh heb je goede kans dat je dat daarmee kan genezen.
36. PAT: ja hoeveel procent?
37. PHY: ja: dat is moeilijk te zeggen.
38. PHY: u had een grote tumor van de tong.
39. PHY: en uh er zit nu een klier in de hals.
40. PHY: ja het is is niet een operatie zonder risico's omdat u natuurlijk al bestraling heeft gehad en chemotherapie heeft gehad.
41. PHY: het is moeilijk te zeggen hoeveel procent kans je hebt dat je daar dat je dat geneest.
42. PHY: hangt ervan af hoe vast het zit of je het er helemaal uit kan halen.
43. PHY: het is wel heel vast en het zit hartstikke stevig eh...
44. PAT: ja want ik heb er een hoop last van.
45. PHY: wel last van?
46. PHY: van de hals aan de linkerkant ook?
47. PAT: ja ja daar zit eh dan dan prikt zo xxx
48. PHY: ja daar.
49. PHY: ja precies.
50. PHY: dus de optie is dat we dat toch opereren.
51. PHY: het is een operatie van ongeveer eh drie uur.
52. PHY: u bent ongeveer eh.
53. PAT: ja daar merk ik toch niks van.
54. PHY: u bent een week in het ziekenhuis.
55. PHY: maar wat we dus doen.
56. PHY: we maken de hals open dan eh halen we die klier weg met de spier die daar zit en de bloedvaten voor een deel.

57. PHY: en dan leggen we daar een stukje spier van de borst dat we dan lossnijden leggen we daarin als bedekking van het eh van het wondgebied om te zorgen dat we geen eh wondcomplicaties krijgen. (3.0)
58. PHY: dat is een beetje het voorstel.
59. PHY: kijk.
60. PHY: elke operatie heeft zijn risico's met eh...
61. PAT: ja dat is eigenlijk overal zo'n beetje.
62. PAT: buiten op kan je ook voor je dondraaien xxx. (sic.)
63. PHY: daarom.
64. PHY: je kan infecties krijgen nabloedingen enzo.
65. PHY: dat uh.
66. PAT: ja ja.
67. PHY: dat.
68. PHY: er is een zenuw die altijd een beetje in het gedrang zit.
69. PHY: dat is de zenuw die naar de schouder gaat.
70. PHY: als je die raakt dan kan je alles nog doen met de arm maar dan kan je 'm iets minder goed bewegen boven je hoofd maar voor de rest is dat goed te doen.
71. PAT: ja ik kan mijn arm aan de andere kant ook niet bewegen.
72. PHY: daarom.
73. PHY: wat denkt u ervan?
74. PAT: ja wat is het beste?
75. PHY: ja het beste is.
76. PAT: opereren.
77. PHY: het beste is om dat ding weg te halen.
78. PHY: niet te laten zitten.
79. PHY: als het blijft zitten weet je zeker dat het niet goed gaat.
80. PAT: ah ja.
81. PHY: dan komt ie weer terug. (3.0)
82. PAT: doe maar dan maar.
83. PHY: zullen we het in gang zetten?
84. PHY: dan eh maak ik even de formulieren in orde en dan eh stuur ik u naar de anesthesist.
85. PHY: en dan eh kunnen we dat eh binnen twee drie weken kunnen we dat plannen. (4.0)
86. PHY: ja?

87. PAT: ja.
88. PHY: goed. (5.0)
89. PHY: even kijken.
90. PHY: longfoto hoeft niet (1.0) want u heeft pas een scan gehad.
91. PHY: dat is allemaal goed. (2.0)
92. PHY: en reken erop dat u een goeie week tot 10 dagen in 't eh in het ziekenhuis bent.
(sic.) [onhoorbaar gesprek tussen PHY en PHA, PHY typen op de computer (45.0)]
93. PHY: u bent verder gezond?
94. PHY: verder geen medicijnen?
95. PAT: ja beetje.
96. PAT: dat heb ik de laatste keer al laten zien.
97. PHY: maar geen bloedverdunners?
98. PAT: nee.
99. PHY: oke.
100. PAT: bloed is dun zat.
101. PAT: zoals een bloedneus (?)
102. PHY: ja?
103. PAT: maar nou is het een jukkerd geworden. (sic.)
104. PHY: ja.
105. PAT: xxx
106. PHY: even kijken klinisch.
107. PHY: u wordt een dag tevoren opgenomen en we plannen een dag of tien in het
ziekenhuis maximaal.
108. PHY: goed dan eh gaat u nu naar de anesthesist.
109. PHY: en dan gaan we dat binnen twee drie weken krijgt u een oproepje ervoor
en dan gaan we...
110. PHY: dat dat regelen we.
111. PHY: ja?
112. PAT: ja.
113. PHY: prima.

@End

F-2

@Begin

@Participants: PHY Physician, PAT Patient, COM Companion, PHA Physician assistant

@Comment:

1. PHY: hupsakee.
2. PHY: nou ehm wat er gebeurd is, is dat we hebben een PET-CT gemaakt.
3. PHY: we hebben een uh nog geen echografie gedaan.
4. PHY: maar vooral die PET-CT hebben we gemaakt om te kijken of de tumor die u in de hals heeft om te kijken of dat een uitzaaiing is.
5. PHY: of dat die ergens vandaan komt.
6. PHY: uit de punctie die hebben we na laten kijken.
7. PHY: daar komt uit dat het kwaadaardige cellen zijn.
8. PHY: de PET-CT laat alleen dit ding zien.
9. PHY: verder geen afwijkingen.
10. PHY: heel klein afwijkinkje op de stemband. (sic.)
11. PHY: maar uh met de kijkoperatie zie ik daar op dit moment met fibroscopie zie ik daar helemaal niks van.
12. PHY: het beleid voor deze afwijking is wat we meestal doen.
13. PHY: is we zoeken nog nauwgezetter naar de primaire tumor. (sic.)
14. PHY: dat betekent dat we nog een van de amandelen eruit halen die aan die kant zitten om te kijken of daar de bron niet zit.
15. PHY: als daar de bron zit, is de beleid net weer wat anders maar die kleurt niet aan op de PET-CT scan. (sic.)
16. PHY: en is niet vergroot als ik het zo zie.
17. PHY: u heeft ook helemaal geen keelklachten.
18. PHY: dus nou zijn er twee mogelijkheden.
19. PHY: *een*.
20. PHY: we gaan toch eerst die amandel eruit halen en dan gaan we wachten.
21. PHY: kijken of daar wat zit.
22. PHY: en dan het verdere beleid doen.
23. PHY: of we doen het in een keer.
24. PHY: dat we een kijkoperatie doen.
25. PAT: alle twee ja.
26. PHY: die die amandel gelijk weghalen.
27. PHY: even goed naar de stemband kijken en dan gelijk de halsklieren weghalen.
28. PHY: dat laatste had *ik* in principe gepland gezien het feit van uh dat u zo vaak ook naar het buitenland bent, he?
29. PHY: dat is dan lastig in te plannen.
30. PHY: nou heeft de secretaresse al een planning gemaakt.
31. PHY: dat hebben ze gedaan omdat ik verleden week afwezig was en tot vier mei ergens.
32. PHY: om aanstaande donderdag die operatie te doen.
33. PHY: nou weet ik niet of het kan wat u betreft.

34. PAT: aanstaande donderdag voor amandelen of voor alle twee?
35. PHY: alles.
36. COM: ja dat zou vier dagen duren?
37. PHY: dan is de opname een dag of vier vijf.
38. COM: vier vijf.
39. PAT: aanstaande donderdag?
40. PHY: ja.
41. COM: oke ja.
42. PHY: als dat niet kan moeten we een andere planning maken.
43. PHY: we kunnen ook kiezen om bijvoorbeeld eerst alleen die amandelen weg te halen.
44. PHY: maar ja dan ben je heb je toch keelpijn.
45. PHY: ben je toch met de operatie bezig en alles.
46. PHY: dus.
47. COM: naja hij gaat voor een paar dagen, toch?
48. COM: kan je niet...
49. COM: want wanneer is die persconferentie?
50. PAT: eh 14^e.
51. COM: 14^e.
52. COM: dat is?
53. PAT: woensdag.
54. COM: wanneer kom je terug?
55. PAT: ben donderdag terug.
56. PAT: maar.
57. PHY: nee dat is niks.
58. PHY: maar die persconferentie is voor u...
59. PHY: kijk want dit is een hele snelle planning.
60. COM: ja.
61. PHY: dus wat dat betreft is er best wel..
62. PHY: het zit er nu u al een tijdje.
63. PHY: best wel een mogelijkheid om het iets uit te stellen.
64. PHY: want ik bedoel...
65. PHY: ik vind het...
66. PHY: daarom heb ik ook met mijn secretaresse overlegd.
67. PHY: want ik vind het ontzettend kort dag wat dat betreft.
68. PHY: dus wat dat betreft.
69. PHY: als het voor u erg belangrijk is wat u daar in Y doet.
70. PAT: nee wat is wat is uw advies?
71. PAT: dat is belangrijker.
72. COM: ja.
73. PHY: het moet zo snel mogelijk...
74. PHY: het moet gebeuren.
75. PHY: maar ik bedoel of het...
76. PHY: kijk als we het nu niet doen dan is het ongeveer twee weken uitstel denk ik.

77. COM: nee ik zou maar doen.
78. PHY: ja?
79. COM: maar wat...
80. COM: u heeft het over de amandelen.
81. COM: en u heeft het over een uitzaaiing.
82. PHY: ja.
83. COM: wat zijn verder nog meer de mogelijke eh bronnen?
84. PHY: jaa.
85. PHY: ergens in de mond-keelholte verwachten we het vaak.
86. PHY: maar eh ja de PET-CT komt daar helemaal niks uit.
87. PHY: dus daar zien we helemaal niks van.
88. PHY: en dan vind je nog wel eens een keertje dat je alleen een klier vindt zonder dat je daar verder iets anders bij vindt.
89. PHY: dus het beleid zal zijn dat we aan een kant de klieren weghalen.
90. PHY: en is die klier wat groter.
91. PHY: zijn er aanwijzingen dat die klier iets groter is op de pathologie dan moet er ook bestraald worden aan die kant.
92. PHY: en als we dat niet hebben hoeft u daar niet bestraald te worden.
93. PHY: het hangt er even vanaf wat we vinden bij eh de pathologie.
94. COM: dus na de operatie gaan jullie nog eens even verder kijken?
95. PHY: ga je...
96. PHY: na de operatie ga je de klier nog na laten kijken door de patholoog.
97. PHY: ja.
98. COM: Ja want hij heeft dus een uh festival van de week van de 25^e.
99. COM: een week lang heeft ie een festival.
100. COM: eh dat is wel heel belangrijk voor hem.
101. PAT: ja mijn gezondheid belangrijker natuurlijker.
102. PHY: kijk in principe.
103. PHY: wat voor festival is dat?
104. COM: is een film festival.
105. PAT: is een filmfestival in Y.
106. PHY: Oh in Y?
107. PAT: ik ben voorzitter van deze vereniging eigenlijk.
108. PAT: maar...
109. PHY: ja in principe kan dat als we donderdag die operatie doen.
110. COM: ja.
111. PHY: dan bent u als we geen complicaties hebben bent u de 25 bent u wel weer redelijk eh.
112. PHY: ja.
113. COM: ja, he?
114. COM: ik denk dat ie gewoon door moet gaan.
115. PAT: dus ik kan de openingsspeech toch wel eh haha.
116. PHY: ja.
117. PHYs: dus eigenlijk heeft u...

118. COM: haha dat wilde hij uitstellen.
119. PHY: maar goed nee dat moet jij nog doen ja.
120. PHY: eigenlijk heeft u weinig klachten momenteel.
121. COM: ja.
122. PAT: beetje pijn.
123. PAT: bijna geen klachten.
124. PHY: eigenlijk geen klachten, he? [typen op de computer]
125. PHY: eh gepland.
126. PHY: even kijken.
127. PHY: veel geplande activiteiten. [typen op de computer (25.0)]
128. COM: ja.
129. PHY: en dan is de planning.
130. PHY: planning aanstaande donderdag.
131. PHY: oke.
132. COM: en gebeurt dat hier of op het Y?
133. PHY: gebeurt hier.
134. COM: dat gebeurt hier gewoon.
135. PHY: ja. [typen op de computer (25.90)]
136. PHY: even kijken.
137. PHY: inspectie larynx.
138. PHY: onderzoek is fiber.
139. PHY: meeste last zult u nog hebben van die amandeloperatie.
140. PAT: oke.
141. PHY: en dan kan het zijn.
142. PHY: kijk als daar wel een tumortje gevonden wordt dan moet dat hele gebied extra nog bestraald worden maar dat hangt er even daarvan af.
143. PAT: ja even wachten dus.
144. PHY: dus beleid is opname aanstaande...
145. PHY: ja in principe even kijken in de opnamebrief.
146. PHY: we hebben het al in orde gemaakt.
147. PHY: ja in principe zou u dan uh woensdag opgenomen worden voor de operatie van donderdag.
148. PHY: maar wat mij betreft zou u ook donderdagochtend kunnen komen.
149. PAT: donderdagochtend?
150. COM: ja is prima.
151. PAT: is goed
152. PHY: dat zal ik wel met de secretaresses overleggen. (1.0)
153. COM: donderdag, vrijdag.
154. COM: dan hebben we het weekend.
155. COM: dan zou ie eigenlijk maandag al thuis kunnen.
156. COM: in principe?
157. PHY: nou eh reken op eh halverwege de week.
158. PHY: woensdag, donderdag.
159. COM: ok.

160. PHY: was u al bij anesthesie geweest?
161. PAT: nee nee nog niet. (1.0)
162. PHY: als we nou bij die kijkoperatie waar we mee beginnen zien dat die amandel echt duidelijk afwijkend is dan is de kans dat we die hals niet opereren.
163. PHY: omdat we dan een iets ander beleid hebben.
164. PHY: maar in principe gaan we ervan uit dat.
165. PHY: gezien wat ik zie nu is het heel duidelijk.
166. PAT: ok.
167. PHY: u krijgt hier de brief mee.
168. PHY: alleen dan wordt de opname en dat zal ik met de secretaresse wel overleggen eh donderdagochtend 15 mei om.
169. PHY: halfacht is dat dan, he?
170. COM: halfacht?
171. PHY: halfacht 's morgens.
172. PAT: oke.
173. PHY: u mag ook u mag ook woensdag...
174. PHA: zeven uur geloof ik.
175. PHA: als ie misschien de eerste is moet u er om zeven uur zijn.
176. PAT: zeven uur
177. COM: ja:.
178. PHY: of u mag donderdag of woensdag komen dan ligt u heel de dag in het ziekenhuis lekker niks te doen.
179. COM: nee donderdag is prima.
180. PAT: donderdagochtend is beter.
181. PHY: ja ik geef...
182. PHA: moet u wel nuchter komen.
183. COM: nuchter.
184. COM: oke.
185. PHY: en de anesthesie formulier is al ingevuld dus u mag nu nog even naar de anesthesist toe.
186. PHY: en dan gaan we het t operatie donderdag plannen.
187. PAT: oke.
188. PAT: ja is goed.
189. COM: nou dat is heel snel.
190. PHY: ik doe met de kijkoperatie zal ik zeker meedoen.
191. PHY: even donderdag.
192. PAT: oke.
193. PHY: eh waarschijnlijk zal de hals operatie mijn collega dokter X doen.
194. PHY: maar dat eh doen wij altijd in overleg samen dus dat is geen enkel probleem.
195. COM: oke
196. COM: en hoe lang duurt dat ongeveer?
197. PHY: operatie.
198. PHY: alles bij elkaar.

199. PHY: ehm maximaal eh maximaal twee uur.
200. COM: oh.
201. PHY: max max max.
202. COM: dat valt wel mee.
203. PHY: ja.
204. COM: oke.
205. PHY: ja:?
206. PAT: oke.
207. COM: nou dat is prima.
208. PHY: nou dat wordt het beleid.
209. PAT: en waar is dat?
210. PAT: hoe heet dat anes...
211. COM: anesthesie.
212. PHA: ja dat heb ik hier opgeschreven.
213. COM: jaa dus we moeten even terug naar de dames, denk ik.
214. PAT: oh ja oke.
215. PHY: En dan zien we elkaar in ieder geval donderdagochtend.
216. PHY: ja?
217. COM: nou dat was niet in de verwachting dokter.
218. COM: dus uh ja oke.
219. PHY: ja de secretaresses hebben door die door de feestdagen en de vakantieperiode en ook de...
220. PHY: ja.
221. PHA: u moet ook even naar de verpleegkundig consulent X.
222. PHA: die geeft nog even een boekje mee met wat extra informatie over de operatie.
223. PHA: ja.
224. COM: oh oke.

@End

F-3

@Begin

@Participants: Physician PHY, Patient PAT, Companion COM

@Comment:

1. PAT: alles wat je zegt, kan tegen u gebruikt worden.
2. PAT: absoluut ja.
3. PAT: goed opletten
4. PHY: hoe is het er momenteel mee?
5. PAT: ja redelijk goed ja
6. PHY: ja voldoende lucht? [typt op computer]
7. PAT: wat zei je?
8. PHY: u heeft voldoende lucht nu?
9. PAT: eh ja met dat dingetje wel ja
10. PHY: ja
11. PAT: eten gaat wel, drinken een stuk minder
12. COM: het drinken gaat slecht
13. PHY: eten gaat redelijk en drinken gaat slecht. [typt]
14. PHY: u verslikt zich?
15. COM: ja
16. PHY: maar u redt het wel zoals het nu gaat of niet?
17. PAT: het gaat wel
18. COM: nou ja hij heeft die sondevoeding er nog bij dus wat dat betreft eh
19. PHY: u heeft een maagfistel, he?
20. PHY: ja (4.0)
21. PAT: ja:
22. PHY: eh ja ik zit even te kijken want we hebben een scan laten maken van de longen.
23. PAT + COM: ja.
24. PHY: en daar worden toch wat afwijkingen op gezien. [klikt met muis]
25. PHY: op die op die scan.
26. COM: twee
27. PHY: der zat eh dat wist u al dat er afwijkingen waren op een gegeven moment?
28. COM: nee maar der worden wel vaker afwijkingen gezien maar dat zijn littekens.
29. PHY: ja
30. COM: van (1.0) wat had je toen?
31. COM: nou ik weet niet of dat hetzelfde is hoor.
32. PHY: nee kijk.
33. PHY: verleden keer ook maar er worden nu verschillende afwijkingen gezien.
34. PHY: die toegenomen zijn in grootte en aantal.
35. PHY: dat is zeer waarschijnlijk zijn dat toch uitzaaiingen van de tumor naar de longen toe.
36. COM: oh.
37. PHY: dat uh.

38. PAT: [diepe zucht] oh.
39. COM: nee
40. PHY: nee dat is niet zo goed.
41. PHY: nee nee.
42. PHY: kijk ik zal kijken of ik het kan laten zien.
43. PHY: Het zijn niet het is niet dat je zegt hele *grote* afwijkingen maar ze zijn wel toegenomen. (1.0)
44. PHY: en ze zijn eh ze zijn groter geworden dat is al een slecht teken. [scrollt met computermuis] (3.0)
45. PHY: hier zie je iets al wat er zit.
46. PHY: dat hoort daar niet thuis te zitten.
47. PHY: vooral dit soort dingetjes die hier zitten (1.0) en zo zijn er een aantal meer. (sic.) [scrollt met computermuis]
48. PHY: even kijken op de andere scan. (5.0)
49. PHY: hier zit ook.
50. PHY: dat zijn van die ronde bolletjes en dat zijn toch zeer waarschijnlijk dat dat eh...
51. PHY: hier zit ook wat.
52. PHY: dus dat de de eigenlijk moet je ervan uit gaan dat dit uitzaaiingen zijn van de van uw primaire tumor.
53. PHY: en dat is best wel een probleem. (3.0)
54. PHY: want eh [zucht] eigenlijk je kan dat niet opereren.
55. PHY: je kan dat niet bestralen.
56. PHY: we weten het niet honderd procent zeker maar het feit dat er dingen zaten die groter geworden zijn en dat er meer zijn ontstaan.
57. PHY: ja dat is toch wel heel eh heel verdacht dat het toch uitzaaiingen zijn.
58. PAT: ja
59. PHY: dat zijn hele kleintjes dus het is toch een proces wat wat heel langzaam zal eh zal doorgaan op een gegeven moment. (3.0)
60. PHY: de enige wat we eventueel zouden kunnen doen... (sic.)
61. PHY: want u heeft voor deze operatie al ook chemotherapie gehad of dat...
62. PAT: ja dat is vier jaar geleden geweest.
63. PHY: ja het enige wat je eventueel nog zou kunnen vragen aan de internist is of er nog wat chemotherapie is.
64. PHY: maar dat zal het niet genezen.
65. PHY: dat zal het alleen maar eh in het uiterste...
66. PHY: in het gunstigste geval al tegen houden als er al mogelijkheden zijn.
67. PHY: vervelend, he?
68. PHY: ja
69. COM: ik kan het er allemaal niet meer erbij hebben. [huilend]
70. PHY: nee?
71. PHY: u heeft zoveel problemen?
72. COM: nou ja xxx.
73. PAT: we hebben nu alles xxx.
74. PHY: zoals het nu gaat?

75. PHY: nee dat is niks, he?
76. PHY: nee.
77. COM: dan die buiksonde.
78. PHY: het gaat niet goed?
79. COM: heeft ie heel veel pijn aan
80. PHY: ja? (4.0)
81. PHY: het is ellende op ellende zo'n beetje, he?
82. PHY: zo langzamerhand.
83. PHY: ja. (5.0)
84. PHY: kijk we zouden eventueel de longarts nog kunnen vragen.
85. PHY: maar ja die kan ook niet veel.
86. PHY: het enige wat ie kan doen is nog harder vaststellen wat het is.
87. PHY: maar wat we het beste kunnen doen is zeg maar over een maand of drie nog een scan maken om te kijken of er progressie is en en ja hoe snel het gaat op een gegeven moment.
88. PAT: ja.
89. PHY: want als je heel eerlijk bent..
90. COM: wat heb je daar dan aan?
91. PHY: he?
92. COM: wat heb je daar aan dan?
93. PHY: daar heb je twee dingen aan.
94. PHY: dan weet je als het groter wordt en er meer zijn
95. PHY: dan weet je het nog zekerder dat het uitzaaiingen zijn.
96. PHY: maar dat is bijna zeker al.
97. PHY: maar dan kan je globaal iets zeggen van: "oh voor de de duur hoe snel het groeit" ofzo.
98. PHY: of het langzaam groeit of sneller groeit.
99. PHY: dat maakt voor uw misschien voor uw voor uw planning en alles natuurlijk wel verschil.
100. PAT: ja.
101. PHY: kijk het was uh.
102. PHY: het lijkt niet heel snel te groeien.
103. PHY: dus uh wat dat betreft is het tuurlijk wel.
104. PHY: maar ja dat kunnen we overwegen met elkaar.
105. PHY: kijken hoe het gaat.
106. PHY: probleem is een beetje dat uh in uw toestand, he?
107. PHY: luchtwegen die toch slecht is, voeding die slecht is.
108. PHY: als u ook nog chemotherapie zou geven wat eigenlijk niet effectief is.
109. COM: ja dat schiet ook niet op dan.
110. PHY: mijn voorstel is dat ik uh.
111. PHY: dat u nog een gesprek met [verpleegkundige] X krijgt.
112. PHY: die begeleidt mensen ook een beetje xxx.
113. COM: xxx.
114. PHY: die heeft ook gezegd dat ie u graag wilt zien.

115. PHY: en dat we dan een afspraak maken vooral voor laten we zeggen zes weken om te evalueren hoe het gaat.
116. PHY: is dat wat?
117. PAT: ja nou er is niet echt een alternatief natuurlijk.
118. PHY: ja. (2.0) [typen op de computer]
119. PAT: xxx
120. PHY: dat we die foto niet helemaal voor niks gemaakt hebben.
121. PHY: dat het allemaal niet lekker ging enzo.
122. PHY: met die longen enzo.
123. PAT: ja ik hoest het toch op.
124. PHY: ja daarom.
125. PHY: dat is dan het probleem.
126. PHY: dus.
127. PAT: maar dat is een week of zes xxx.
128. PHY: ja maar er heeft twee dingen door elkaar heen gespeeld.
129. PHY: een longontsteking.
130. PHY: tocht erbij.
131. PHY: en dan toch die uitzaaiingen.
132. PHY: dus.
133. PAT: longontsteking ja.
134. PHY: maar door het verslikken heeft u toch, he xxx van. (3.0)
135. PHY: ik geef u dit briefje mee voor over zes weken.
136. PHY: en dan...
137. PHY: u weet waar [verpleegkundige] X zit?
138. COM: ja tegenover de ...
139. PHY: tegenover de balie, he?
140. PHY: ja.
141. PHY: dan houdt hij het een beetje in de gaten, ja?
142. PHY: oke.
143. PHY: nou.
144. PAT: nou bedankt en tot over een maand.

@End

Legenda

Tokens used in the transcriptions:

1. Exclamation point,
2. Quotes are transcribed as follows, for example: 103. PHY:
3. Comments are added by the transcriber LBDJ in square brackets and described in Dutch, such as crying, pointing, writing, typing and coughing.
4. Words in italics are emphasised words expressed by the speaker.
5. 'xxx' for unintelligible words (According to MacWhinney, 2018: 23)
6. (sic.)
7. 'hihi' for giggles and 'haha' for (hard) laughter. Based on Hepburn & Bolden (2013: 66) 'hun/hah/heh/hih' for laughter: the different voiced vowels may be used within the aspiration of laughter.
8. Silences and pauses are transcribed in parentheses to indicate the amount of seconds of stillness (Hepburn & Bolden, 2013: 60-61).
9. Fillers, like hmhm and eh are transcribed phonologically.

Appendix D - Argumentation structures

A-1

- 1 You are here for the results
- 1.1a A biopsy is taken
- 1.1a.1 We have seen an abnormality on the palate
- 1.1b That turned out to be malicious
- 1.1b.1a We made a CT-scan
- 1.1b.1b It does not seem to be extended
- 1.2a It is advised to make an echo of the neck
- 1.2a.1a Some enlarged glands are seen
- 1.2a.1b These must be examined when they have changed
- 1.3a The advice of the radiologist is to make a scan of the lung
- 1.3a.1a They could not see what it was on the photo of lung
- 1.3a.1b They can not see whether it is an abnormality or not
- 1.3a.1c That photo is a flat image of something three-dimensional
- 1.3a.2a Because then you can see it in slices, so to speak
- 2 That means we will register you at the radiation doctor
- (2.1) (That would be the policy when the scan is ok)
- 2.2 And then treat the neck on one side
- 2.3 And after radiation we will do a check
- 2.4 We will try to keep doing that for five years.

A-2

- 1 We got a local problem
- 1.1 It is a malicious abnormality in the upper jaw which is not spread towards the lungs.
- 1.1.1a because a lung photo has made
- 1.1.1b But that was clear, right?
- 1.1.1c And the neck is free
- 1.1c.1 There are no metastases towards the neck
- 1.2 [But] in principle you can treat that, huh?
- 1.2a.1 The proposal is to operate you
- 1.2a.2 And that could already happen next week

- 2. The tumour will be taken out
- 2.1 That will be examined, huh?
- 2.2 And depending on that you see if you still benefit from radiation
- 2.2a In that case, we will register you for radiation and radiotherapy

B-1

- 1 You should have the malice laser away
- 1.1a You have to do something about it
- 1.1a.1 Otherwise it will go wrong after all
- 1.1b Lasering must precede radiation
- 1.1b.1a Lasering can be used well with treating small tumours
- 1.1b.1b Radiation is always an alternative after lasering
- (1.1b.1c) (Radiation has negative consequences for the voice)
- 1.1b.1d Lasering is not possible after radiation
- 1.1b.1d.1 The tumour will heal badly

B-2

- 1 De stemband met laser wegsnijden
- 1.1a We have determined that there is a tumour
- 1.1b That appears to be a very early form of maliciousness
- 2. We need to make a CT-scan of the chest
- 2.1 We need to find if it is not spread

B-3

- 1. We need something [to do about the situation of the patient]
- 1.1a A decent tumour has been found in the throat
- 1.1b Metastases have been found in the neck
- 1.1c A abnormality has been found in the lung
- 1.2 Operation as treatment option has a few consequences
- 1.2.1a The entire larynx must be removed
- 1.2.1b The patient receives a voice prosthesis
- 1.2.1b.1 The nuances of tasting disappears
- 1.2.1c The patient must remain on the IC for some time
- 1.3 The alternative is doing nothing

1.3.1 At a given time swallowing no longer succeeds

C-1

1 We remove the lymph glands from the neck
1.1 The glands are not for the full 100 percent treated by the radiation
(1.2) (And we will do that by operating)

D-1

1 We want to try to cure you
1.1 There are no metastases yet in the rest of your body
1.2 Best treatment for salivary gland cancer is operating
1.2.1a Standard treatment is removing as much as possible of the tumour
1.2.1b Afterwards radiating
1.2.1c But also save as many structures in that area as possible to preserve the
function
1.2.1c.1 The risk is hitting the facial nerve which could result in a permanent hanging
mouth

F-1

1. There are two options as regards the treatment possibilities
1.1 Malignant cells are found in the neck
1.1.1a.1 If you do nothing, it will grow
1.1.1a.2 And then it will not end well
(1.1.1a.2') (Eventually you can die from this)
1.1.1b.1 The cells must be removed by operating
1.1.1b.1.1 Then there is a good chance of surviving

F-2

1 The keyhole surgery has the preference over only removing the tonsils
1.1a We have to search more closely for the primary tumour
1.1a.1 That is the policy we usually do
(1.1b) (Treating by first removing the tonsils is undesirable)
((1.1b).1a) (It takes too long)

- (1.1b).1b It must happen as soon as possible
- (1.1b).1c You would have a sore throat anyway
- (1.1b).1d You are already in operation and everything (sic.)
- 1.1c In principle I planned a keyhole surgery
- 1.1c.1 You are abroad so often.

F-3

- 1 There is a problem
- 1.1a Metastases of the primary tumour
- 1.1a.1a You cannot operate it
- 1.1a.1b You cannot radiate it
- 1.1a.1c Chemotherapy will not cure it
- 1.1b There is no other alternative than waiting
- 1.1b.1 We will look at the progression by examining a scan in three months
- 1.1b.1.1a Then you know, when it gets bigger, that are more [tumors]
- 1.1b.1.1b And then you know for sure that these are metastases

