

# WAAR LIGGEN UW GRENZEN? DE GRENZEN VAN BEHANDELING

*Het inleiden van het gesprek over behandelgrenzen in arts-patiëntconsulten op de polikliniek interne geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht*



Masterscriptie

28 juni 2023

E.E. Mees (Emma)

Studentnummer 6755720

Master Medical Humanities: geesteswetenschappelijke en geneeskundige perspectieven op zorg en gezondheid

Microtrack: de patiënt, de professional en communicatie

Faculteit Geneeskunde Universiteit Utrecht

Eerste begeleider en eerste lezer dr. T.C. van Charldorp

Tweede begeleider en tweede lezer prof. dr. H.A.H. Kaasjager

# INHOUDSOPGAVE

<b>1. Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Inleiding</b> .....	<b>4</b>
2.1 <i>Onderbouwing interdisciplinaire aanpak</i> .....	6
2.2 <i>Maatschappelijke- en wetenschappelijkerelevantie</i> .....	7
<b>3. Theoretisch Kader</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Methode &amp; Materiaal</b> .....	<b>12</b>
4.1 <i>Setting</i> .....	12
4.2 <i>Data en participanten</i> .....	12
4.3 <i>Wetenschappelijke integriteit</i> .....	14
4.4 <i>Analytische procedure</i> .....	14
4.5 <i>Interdisciplinariteit</i> .....	16
4.5.1 <i>Datasessies</i> .....	16
<b>5. Analyse</b> .....	<b>18</b>
5.1 <i>Globale basisstructuur</i> .....	19
5.2 <i>Het inleiden van behandelbeperkingen door de arts</i> .....	22
5.2.1 <i>Opsommingen</i> .....	23
5.2.2 <i>'Nog één ding'</i> .....	26
5.2.3 <i>Het onderzoek</i> .....	27
5.2.4 <i>Een 'gekke' vraag</i> .....	31
5.3 <i>Het inleiden van behandelbeperkingen door de patiënt</i> .....	32
<b>6. Conclusie</b> .....	<b>37</b>
<b>7. Discussie</b> .....	<b>37</b>
<b>8. Implicaties voor de praktijk</b> .....	<b>40</b>
<b>9. Referenties</b> .....	<b>41</b>
<b>10. Appendix: Transcriptieconventies</b> .....	<b>46</b>

## 1. Samenvatting

**Achtergrond:** Patiënten moeten vroegtijdig nadenken over hun behandelwensen en -grenzen zodat artsen in een spoedeisende situatie weten wat de wensen van de patiënt zijn. Daarnaast kan het bespreken van behandelwensen leiden tot weloverwogen behandelkeuzes. Deze gezamenlijke besluitvorming tussen artsen en patiënten is belangrijk en gebaseerd op klinisch bewijs en persoonlijke waarden. Artsen en patiënten vinden gezamenlijke besluitvorming lastig vanwege verschillende redenen. De introductie van behandelgrenzen in consulten is een complex vraagstuk dat communicatieve en geneeskundige aspecten omvat. Het onderzoek naar dit onderwerp is beperkt, maar kan bijdragen aan een beter begrip en implementatie van gezamenlijke besluitvorming en daarmee de zorg verbeteren.

**Methode:** Dit onderzoek maakt gebruik van een bestaande dataset van video-opnames van zorgbeslissingsgesprekken op de polikliniek interne geneeskunde van het UMCU. De opnames bevatten consulten waarin behandelwensen en -grenzen tussen arts en patiënt worden besproken. De gegevens zijn afkomstig van 150 video-opnames tussen oktober 2018 en februari 2020. Conversatieanalyse wordt gebruikt om de interactie tussen arts en patiënt te analyseren en te begrijpen. Het onderzoek maakt gebruik van een interdisciplinaire benadering, waarbij de disciplines geneeskunde en communicatiewetenschappen worden gecombineerd om tot nieuwe inzichten te komen.

**Resultaten:** De analyse geeft inzicht in hoe artsen het gesprek over behandelgrenzen initiëren. Dit gebeurt op verschillende manieren: (1) het geven van opsommingen, (2) het toevoegen van 'nog één ding', (3) verantwoording via het onderzoek, (4) introductie als een 'gekke' vraag. Artsen benadrukken het belang van het onderwerp en vragen naar de gedachten van de patiënt. Het laatste deel van de analyse laat zien hoe een patiënt het onderwerp introduceert, en de arts reageert met informatie en hulp bij besluitvorming. Het belang van open en eerlijke communicatie over behandelbeperkingen en de wensen van de patiënt wordt benadrukt.

**Conclusie:** Het onderwerp van behandelbeperkingen is gevoelig, omdat het gaat over het einde van het leven en de mogelijkheid om niet te behandelen. Artsen gebruiken verschillende technieken om het onderwerp in te leiden, zoals het gebruik van opsommingen, de uiting 'nog één ding' en het verwijzen naar onderzoek. Ze kunnen ook het onderwerp introduceren door het een 'gekke' vraag te noemen en daarmee het gesprek luchtig te openen. Het is belangrijk dat artsen deze gevoelige onderwerpen op een neutrale en begrijpelijke manier bespreken, waarbij een directe vraag en ruimte voor de patiënt om te reageren essentieel zijn. Te lange inleidingen kunnen de participatie van de patiënt beperken en de autonomie bij het antwoorden bemoeilijken.

**Sleutelbegrippen:** Gezamenlijke besluitvorming, Arts-patiëntcommunicatie, Behandelwensen en -grenzen, Conversatieanalyse

## 2. Inleiding

Het is essentieel dat patiënten vroegtijdig nadenken over hun behandelwensen en -grenzen, aangezien veel patiënten deze keuze voorafgaand aan een crisissituatie vaak nog niet hebben gemaakt. Dit plaatst een zware last op artsen<sup>1</sup> op de spoedeisende hulp, die vaak geconfronteerd worden met kwetsbare ouderen in een crisissituatie die nog nooit hebben nagedacht over cruciale aspecten met betrekking tot het levenseinde (Van de Wedden, 2019).

Daarnaast wordt er door de maatschappij en de zorg aangemoedigd dat arts en patiënt gezamenlijk beslissen over medische behandelingen. Een groot deel van de patiënten wil ook actief betrokken worden bij de keuze rondom zorgbeslissingen (Van der Maat & De Jong, 2009; Van Staveren, 2011; Van der Weele & Baghus, 2022). Gezamenlijke besluitvorming is een methode van communiceren in de zorg waarbij arts en patiënt samenwerken door in gesprek te gaan over de behandelwensen en -grenzen gebaseerd op klinisch bewijs en wat aansluit op persoonlijke waarden, wensen en behoefte van de patiënt in diens levensfase (ZonMw, z.d.; Nyst, 2021). Dit creëert meer patiënttevredenheid en draagt bij aan een betere arts-patiëntrelatie (ZonMw, z.d.). Door patiënten te betrekken bij besluitvorming rondom hun eigen zorg zijn zij in staat om doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze te maken (ZonMw, z.d.). Artsen verwachten dan ook dat de patiënt een actieve rol op zich neemt in het maken van keuzes over de gewenste behandeling. Samen beslissen wordt gezien als onderdeel van goede zorg (Brabers, 2018).

Het bespreken van behandelwensen en -grenzen speelt een grote rol bij de keuzes die gemaakt worden rondom medische behandelingen. Zorgen over gezondheid kunnen de keuze voor behandelgrenzen beïnvloeden. Alleen de patiënt kan uiteindelijk aan de arts vertellen wat in diens persoonlijke situatie het meest van invloed is voor een passende zorgbeslissing, hierin heeft de arts een leidende rol om te achterhalen wat die wens is (Nyst, 2021). Inspraak en betrokkenheid van patiënten bij het gezamenlijk beslissen over behandelwensen kan leiden tot andere medische beslissingen (Brabers, 2018). Dit komt doordat de wens van de patiënt voor een bepaalde behandeling kan afwijken van de beoordeling van de arts. Samen beslissen leidt vaker tot conservatievere behandelkeuzes, zoals medicatie in plaats van een operatie. (Brabers, 2018). Zorgen over behandeling en een slechte prognose kunnen een invloed hebben op behandelwensen en -grenzen. De arts moet als leider van het gesprek deze zorgen herkennen of introduceren om hier gezamenlijk rationele beslissingen over te kunnen nemen.

Zowel patiënten als artsen vinden gezamenlijk beslissen een lastige methode die ze geneigd zijn te vermijden (Ahluwalia, Levin, Lorenz, Gordon, 2012). Voor zowel artsen als patiënten heeft dit verschillende oorzaken. Artsen bespreken zelden de risico's en

---

<sup>1</sup> In dit onderzoek wordt de term arts (arts-patiënt) gebruikt omdat het verzamelde materiaal opnames van artsen op de polikliniek interne geneeskunde bevat.

overlevingskansen van reanimatie, hebben moeite met het delen van medisch advies rondom reanimatie en gebruiken vaak vocabulaire (Sterie, Weber, Jox & Truchard, 2022). Patiënten voelen zich bijvoorbeeld ongeschoold, zijn onwetend over de relevantie en arts en patiënt willen ongemak vermijden (Briedé, Van Charldorp & Kaasjager, 2021). Tijdens consulten waarin gezamenlijke beslissingen worden genomen over het behandeltraject staan patiënten voor moeilijke beslissingen over hun eigen gezondheid. Patiënten presenteren in een consult met de arts onzekerheden, gevoelens en zorgen (Finset, 2012). Emoties in dit soort consulten kan het patiënten bemoeilijken om de juiste keuze te maken omdat behandelmogelijkheden soms eerst nog even moeten bezinken. Het kan voor patiënten moeilijk zijn om alle informatie binnen te laten komen, mee te praten of om kritische vragen te stellen en zorgverleners houden niet altijd rekening met de ervaren stress of emoties van patiënten (Harnas et al., 2017). Daarnaast worden de gesprekken rondom behandelbeperkingen gezien als gevoelig, doordat de keuze voor wel of niet behandelen invloed kan hebben op het einde van het leven (Patiëntenfederatie Nederland, 2023). Het onderwerp wordt door artsen vaak vermeden en pas besproken wanneer iemand aan het einde van zijn leven is, wat blijkt uit het feit dat onderzoek voornamelijk wordt uitgevoerd in situaties rondom het levenseinde (Briedé, Van Charldorp & Kaasjager, 2021). Het herkennen van zorgen rondom behandelwensen en -grenzen en het tijdig bespreken van zorgbeslissingen, kan leiden tot zorg die beter aansluit bij de voorkeuren van de patiënt en minder zorgconsumptie met zich meebrengt wat ten goede komt aan de arts-patiënt relatie (Briedé, Van Charldorp & Kaasjager, 2021). Het onderwerp rondom behandelbeperkingen is ondanks de gevoeligheid voor veel patiënten reëel om over na te denken en te bespreken. Een doelgericht gesprek hierover tussen arts en patiënt kan er voor zorgen dat de patiënten zich beter bewust zijn van de behandelprocedure en een weloverwogen beslissing kunnen nemen gebaseerd op de persoonlijke situatie. Artsen kunnen op hun beurt effectiever het gesprek rondom behandelbeperkingen aangaan en hierdoor de druk op de zorg verlichten.

In 2014 introduceerde de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) de 'Choosing Wisely Campaign' in Nederland. Deze campagne, genaamd 'Verstandig Kiezen', heeft als doel de zorg efficiënter in te richten om de kwaliteit te verbeteren en kosten te verlagen. Uit onderzoek is gebleken dat artsen die deelnemen aan deze campagne minder onnodige behandelingen aanbevelen (Federatie Medisch Specialisten, z.d.). Een van de aanbevelingen is om zorgbeslissingen te bespreken tijdens gesprekken tussen artsen en patiënten.

Zorgverleners gebruiken verschillende strategieën om moeilijke gesprekken met patiënten aan te gaan (Albury et al., 2019). Deze gesprekken worden op verschillende manieren ingeleid. Ze kunnen directe vragen stellen over het gedrag van de patiënt, bijvoorbeeld over de wensen rondom behandelbeperkingen. Een andere strategie is om het gezondheidsgedrag te koppelen aan zorgen die medisch relevant zijn. Ook kan de zorgverlener

een gesprek starten op basis van wat de patiënt zelf naar voren brengt. Het kan soms moeilijk zijn om het onderwerp behandelbeperkingen zoals reanimatie ter sprake te brengen bij een patiënt. Het opnemen van details over het reanimatiebeleid in schriftelijke informatie die aan patiënten wordt verstrekt, kan echter helpen om het gesprek op gang te brengen (King & Morgan, 1996). Het kan volgens King en Morgan (1996) daarbij helpen om patiënten van tevoren al van schriftelijke informatie over het onderwerp te voorzien. Schriftelijke informatie kan echter nooit een vervanging zijn voor een arts die dit soort belangrijke kwesties persoonlijk met de patiënt bespreekt tijdens een consult (King & Morgan, 1996). Het aanleren van communicatievaardigheden aan artsen kan hen helpen deze taak op een zorgzame manier uit te voeren.

Briedé, Van Charldorp en Kaasjager (2021) hebben onderzoek gedaan naar gezamenlijke besluitvorming op de polikliniek interne geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Ze analyseerden 150 video-opnames van consulten tussen artsen en patiënten, met de focus op de introductie van gezamenlijke zorgbeslissingen. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter project dat gericht is op het stimuleren en verbeteren van gezamenlijke besluitvorming op de polikliniek. In deze studie zijn deze video-opnames hergebruikt om verdere verdieping te creëren met betrekking tot het bespreken van zorgbeslissingen. De bevindingen kunnen bijdragen aan een beter begrip van gezamenlijke besluitvorming en de implementatie ervan verbeteren. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat luidt als volgt:

*‘Hoe wordt het onderwerp behandelwensen en -grenzen ingeleid, en welke rol speelt dit bij het verloop van het gesprek?’*

### *2.1 Onderbouwing interdisciplinaire aanpak*

Het inleiden van behandelgrenzen in arts-patiënt consulten is een complex vraagstuk dat zowel communicatieve als geneeskundige aspecten omvat. De verschillende disciplines kunnen hun perspectief en meerwaarde op dit gebied belichten, wat bijdraagt aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Tot nu toe is er onvoldoende onderzoek gedaan naar de rol van dit delicate onderwerp en hoe het waardevol kan zijn in een veranderende arts-patiëntrelatie (Huisman, 2018).

Dit onderzoek combineert de bijdragen van zowel de communicatiediscipline als de geneeskundediscipline om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Arts-patiënt consulten vinden plaats via communicatieve handelingen, en gezamenlijke besluitvorming is afhankelijk van effectieve communicatie tussen arts en patiënt. Een goede communicatie draagt bij aan een positieve arts-patiëntrelatie en de algemene zorgervaring. Aangezien de gesprekken in een medische context plaatsvinden, is het perspectief en de discipline van

de geneeskunde ook relevant voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De medische discipline geeft praktische context aan het onderzoek en toont de relevantie ervan aan.

## *2.2 Maatschappelijke- en wetenschappelijke relevantie*

Het belang van artsen om kennis te hebben van de rol van emotie, zorgen en gevoeligheid bij het bespreken van behandelwensen en -grenzen is maatschappelijk relevant door de hoeveelheid patiënten die hiermee te maken krijgen. Met deze kennis kan een arts doelgericht het gesprek van samen beslissen aangaan en daarbij afwegen wat de rol van het voeren van dit soort gesprekken voor het behandelplan van de patiënt betekent tijdens gezamenlijke besluitvorming. De analyse in dit onderzoek kan uitmonden in een advies aan artsen om hen meer handvatten te bieden voor een meer weloverwogen effectieve methode van communiceren. Door het doelgericht en effectief inrichten van deze gesprekken wordt de zorg rondom kwetsbare patiënten beter ingericht waarbij de behandelwensen gerespecteerd worden. De gesprekken worden geoptimaliseerd en er wordt meer bewustzijn gecreëerd over het voeren van moeilijke gesprekken.

Gezamenlijke besluitvorming is in grote mate onderzocht (Elwyn et al., 2012; Stiggelbout, De Wit, Légaré, Montori, & Elwyn, 2011; Brabers, 2018). Er is eerder onderzoek gedaan naar het bespreken van zorgbeslissingen tussen arts en patiënt (Briedé, Van Charldorp & Kaasjager, 2021), en het effect van artsen opleiden en patiënten trainen op het nemen van zorgbeslissingen (Briedé, De Winter, Van Charldorp & Kaasjager, 2022). Zowel het artsen als het patiënten perspectief is hierin onderzocht.

De inrichting van dit soort gesprekken en dan met name de inleiding van het delicate onderwerp rondom behandelgrenzen is nog niet eerder onderzocht, maar erg relevant aangezien het inleiden van dit onderwerp bepalend is voor het verdere verloop van het gesprek. Als dit op een doelgerichte manier gebeurt kunnen arts en patiënt adequaat communiceren over behandelwensen en -grenzen.

### 3. Theoretisch kader

De afgelopen decennia heeft de patiënt een andere rol aangenomen in het contact met de arts. Patiënten komen niet alleen meer voor de behandeling van lichamelijke klachten, er wordt ook rekening gehouden met de psychische en sociale context van de patiënt (Tromp & Greijn, 2019). Deze nieuwe manier van omgang in de zorg vergt veel van een arts. Volgens Tromp en Greijn (2019) wordt er van de arts verwacht dat hij of zij:

“De kloof overbrugt tussen de medische wereld en de persoonlijke belevingen, verwachtingen en behoeften van de patiënt.”

In de huidige tijd is met de komst van het internet informatie voor iedereen op elk moment toegankelijk, terwijl voorheen alleen de arts over deze kennis en informatie beschikte, hierdoor neemt het verschil in macht tussen arts en patiënt af (Huisman, 2018). De persoonlijke situatie van de patiënt is belangrijk in het nemen van zorgbeslissingen. Door de mogelijkheid om zelf informatie te verzamelen voorafgaand aan een consult met de arts, in combinatie met betrokkenheid in het nemen van beslissingen, hebben patiënten eerder het gevoel dat zij gehoord worden. Patiënten worden steeds deskundiger door de mogelijkheid om zich te informeren, maar begrijpen soms niet de medische procedures die de arts hanteert, of voelen zich niet begrepen. Dit kan leiden tot frustratie en onbegrip bij de patiënt, waardoor de arts-patiëntrelatie verslechtert. Als arts en patiënt beiden geïnformeerd zijn kunnen zij samen beslissen over de meest optimale behandeling voor de patiënt, dit creëert gelijkwaardigheid in de arts-patiëntrelatie (Huisman, 2018). Langdurig contact met een arts creëert een vertrouwensrelatie. Patiënten vertellen niet zomaar een persoonlijk verhaal, daarvoor moet er een vertrouwde omgeving gecreëerd worden waarin zij aangespoord worden om dit te doen (Van Dulmen, 2001). Het delen van persoonlijke belangen in een ziekteproces draagt bij aan de behandeling en helpt om patiëntgerichte zorg te kunnen bieden.

Het gesprek tussen arts en patiënt speelt een belangrijke rol in het delen van persoonlijke belangen. Communicatie tussen arts en patiënt verschilt van alledaagse communicatie, doordat patiënt en arts communiceren met het doel een klacht te diagnosticeren en zo goed mogelijk te behandelen (De Haes, Zandbelt & Ong, 2006, p. 185). Artsen gebruiken communicatie om verschillende doelen te bereiken: bijvoorbeeld om informatie te verkrijgen over de klachten van een patiënt of om een patiënt te laten begrijpen wat een onderzoek heeft uitgewezen of wat een behandeling inhoudt (Wouda & Van de Wiel, 2006, p.164). Communicatie tussen arts en patiënt is een functioneel hulpmiddel in het geneeskundige proces. In de communicatie tussen arts en patiënt wordt er medische inhoud besproken. Daarbij is er sprake van persoonlijke afstand en een grotendeels afhankelijke positie van de patiënt, doordat er vertrouwt moet worden op de kennis en kunde van de arts



(De Haes, Zandbelt & Ong, 2006, p. 185). Het verloop en de kwaliteit van deze communicatie heeft invloed op het contact tussen beide partijen (Wouda & Van de Wiel, 2006, p.164). Het opbouwen van een goede arts-patiëntrelatie is belangrijk om samen met de patiënt afwegingen rondom diens behandeling te kunnen maken. Daarbij spelen informatie verzamelen, informatie en advies geven en het hanteren van emoties een belangrijke rol (De Haes, Zandbelt & Ong, 2006, p. 185). Door goede communicatie en contact met een arts kunnen patiënten en artsen samen bouwen aan een vertrouwensrelatie waarin optimale zorg geboden kan worden.

Vanuit de geneeskunde en de huidige zorgmaatschappij staan veiligheid, protocollen en transparantie voorop (Bruns, 2023). De manier waarop zorg geleverd wordt is ingericht om patiënten de best mogelijke zorg te leveren (Bruns, 2023). Wat daar aan bij kan dragen is de grote transparantie die artsen hun patiënten bieden door hen te laten meebeslissen in het zorgplan. *Shared decision making* (SDM), ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd, is een methode om de machtsrelatie tussen arts en patiënt te verkleinen (Broersen, 2011). Bij SDM komen arts en patiënt samen tot een beleid dat het beste bij de patiënt past (Broersen, 2011). Sinds de introductie van het nieuwe zorgsysteem in 2006 is gezamenlijke besluitvorming steeds belangrijker geworden (Brouwer & Rutten, 2007). Door marktwerking in de zorg hebben patiënten nu keuzevrijheid en beslissen zij samen met de arts over de geleverde zorg en behandeling (Mathijssen, 2013).

Het proces van gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt omvat drie fasen (Simmons et al., 2010). Ten eerste onderhandelen arts en patiënt over de manier van samenwerking. Vervolgens nemen beide partijen informatie over de behandeling tot zich en bespreken ze relevante onderwerpen. Ten slotte wordt er een beslissing genomen op basis van de informatie van beide partijen, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren en waarden van de patiënt. Het streven is om tot overeenstemming te komen waar beide partijen tevreden mee zijn (Simmons et al., 2010). Het recht van patiënten op gezamenlijke besluitvorming wordt erkend als een belangrijk gezondheidsrecht (Hendriks, 2019). Gezamenlijke besluitvorming bevordert een gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt, waarbij de patiënt *empowerment* inzet om meer controle te krijgen over het eigen leven en de gezondheid door deel te nemen aan het zorgproces (Ouwens, Van der Burg, Faber & Van der Weijden, 2012). Het vermogen van patiënten om zelf informatie op te zoeken en zich te verdiepen in hun ziekte en mogelijke behandelingen, en hierover in gesprek te gaan met hun arts, heeft bijgedragen aan de groeiende populariteit van SDM in de gezondheidszorg.

Hoewel veel patiënten de ervaring van gezamenlijke besluitvorming als prettig beschouwen, is het belangrijk op te merken dat het niet altijd leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt (Van der Kraaij, Van Huizen, Vermeulen & Spuls, 2020). Er bestaat een kloof in kennis tussen patiënten en artsen, en heldere communicatie is nodig om deze kloof te verkleinen en gezamenlijke besluitvorming mogelijk te maken. Het proces van meebeslissen

kan ook stress en angst met zich meebrengen voor de patiënt, omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor het nemen van de juiste beslissing. Hoewel er in de maatschappij een streven is om de patiënt gelijk te stellen aan de arts, moeten we ook erkennen dat mensen die ziek zijn een afhankelijke rol hebben vanwege hun zorgbehoeften (Bruns, 2023). Niet elke patiënt beschikt over de juiste kennis en vaardigheden om actief deel te nemen aan het proces van gezamenlijke besluitvorming (Oosterveld, Noordman & Rademakers, 2019). Desondanks is het betrekken van de patiënt bij het beslissingsproces een belangrijk onderdeel van het medisch consult.

Aandacht van de arts door middel van empathische consultvoering, het bespreken van verwachtingen en ervaringen van arts en patiënt oefenen invloed uit op gezondheid en ziekte, kan leiden tot een beter begrip van en door de patiënt en uiteindelijk ook diens gezondheid ten goede komen (Van Dulmen, 2001). In dit proces van gezamenlijke besluitvorming wordt *Evidence Based Medicine* (EBM) als uitgangspunt gebruikt waarbij gebruik wordt gemaakt van het beste beschikbare bewijs, de klinische expertise van de behandelaar en de waarden en wensen van de patiënt bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt (Van der Kraaij et al., 2020). Op die manier wordt de slagingskans van een behandeling gelegitimeerd door middel van bewijs in combinatie met het respecteren van de persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt (Hoffmann, Montori & Del Mar, 2014). Hieruit is op te maken dat communicatie en geneeskunde onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er is steeds meer aandacht voor het belang van heldere communicatie, zowel in bijvoorbeeld het geneeskundecurriculum als tussen zorgverleners onderling en tussen arts en patiënt.

Patiënten hebben het recht om grenzen te stellen aan de behandelingen die zij willen ondergaan. In gesprek met de arts kunnen zij er voor kiezen welke behandelingen zij wel of niet willen ondergaan. Het is van belang om als patiënt tijdig na te denken over de behandelgrenzen. Tijdig stilstaan bij de wensen en grenzen van behandelen is nodig zodat artsen in een acute situatie op een gewenste manier kunnen handelen. De Medische Patiëntenfederatie Nederland (2023) definieert een behandelbeperking als 'het afzien van een bepaalde behandeling'. Dit kan gaan om (niet) reanimeren, (niet) beademen, (niet) naar de IC (Intensive Care), geen dialyse, tot geen verdere behandeling waarbij alle behandelingen gestopt worden en er alleen nog pijnbestrijding wordt toegediend. In de gesprekken over behandelwensen en -grenzen op de polikliniek interne geneeskunde komen deze behandelbeperkingen ook aan bod. De keuze om bijvoorbeeld niet te reanimeren is relevant wanneer de overlevingskans van een reanimatie laag is, en er een hoog risico is op ongunstige uitkomsten (Sterie, Weber, Jox & Truchard, 2022).

Het voeren van deze gesprekken en het informeren van de patiënt vindt meestal plaats tijdens het consult en vaak in combinatie met andere agendapunten. Patiënten zijn gevoelig voor hoe een consult wordt ingericht, zoals Robinson (2006) heeft vastgesteld. Als de vragen

van artsen niet aansluiten bij de zorgen van de patiënten, zullen zij deze corrigeren of vermijden. Dit betekent dat de manier waarop artsen een (onverwacht) onderwerp aansnijden en de manier waarop ze vragen stellen over bepaalde zorgen en problemen, invloed kunnen hebben op het beeld dat patiënten hebben van de bekwaamheid en geloofwaardigheid van de arts (Robinson, 2006). De communicatiestijl en de introductie van nieuwe onderwerpen tijdens het consult hebben dus invloed op de tevredenheid van de patiënt en de mate waarin zij zich houden aan de voorgestelde behandelingen (Robinson, 2006).

Robinson en Heritage (2005) stellen dat patiënten tijdens een consult niet alleen bezig zijn met het beschrijven van de details van hun ziekte, maar ook met het rechtvaardigen en legitimeren van hun beslissing om medische hulp te zoeken voor hun problemen. Voor sommige patiënten kan het bespreken van behandelbeperkingen onrechtmatig voelen, bijvoorbeeld als zij nog niet de leeftijd hebben bereikt waarop niet-reanimeren logisch is. Volgens gedeelde besluitvorming moeten beslissingen over reanimatie gebaseerd zijn op de medische indicatie en de autonome voorkeur van de patiënt (Elwyn, Frosch, Thomson, Joseph-Williams, Loyd et al., 2012; Bossaert, Perkins, Askitopoulou, Raffay, Greif et al., 2015). In veel gesprekken over behandelbeperkingen wordt echter geen systematisch format gebruikt. Sommige medici vermijden volgens Roter en Hall (1993) het bespreken van de dood, omdat dit moeilijk en ongemakkelijk kan zijn. Subtiele verschillen in hoe deze gesprekken worden gevoerd en hoe artsen bepaalde vragen introduceren en stellen, kunnen invloed hebben op de uitkomsten van het gesprek (Robinson, 2006).

Gesprekken over de grenzen van behandeling en mogelijke existentiële vraagstukken worden weinig gevoerd (Van der Male, 2014). Het is echter belangrijk dat deze gesprekken, ondanks de moeilijkheid ervan, worden gevoerd omdat ze de hulpvraag kunnen verduidelijken. Tijdig praten over wensen met betrekking tot reanimatie kan bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van leven, omdat de zorg aan het einde van het leven beter kan worden afgestemd op de wensen van de patiënt (Van Delden, De Ruiter, Van der Endt, De Graaf, Helle, Ikking, Kaptein, Van Leen & De Vries, 2013). Dit zorgt voor zorg die gericht is op de patiënt en voorkomt onnodige medische ingrepen. Meer inzicht in het verloop van deze gesprekken kan bijdragen aan de optimalisatie van de zorgcommunicatie.

## 4. Methode & materiaal

### 4.1 *Setting*

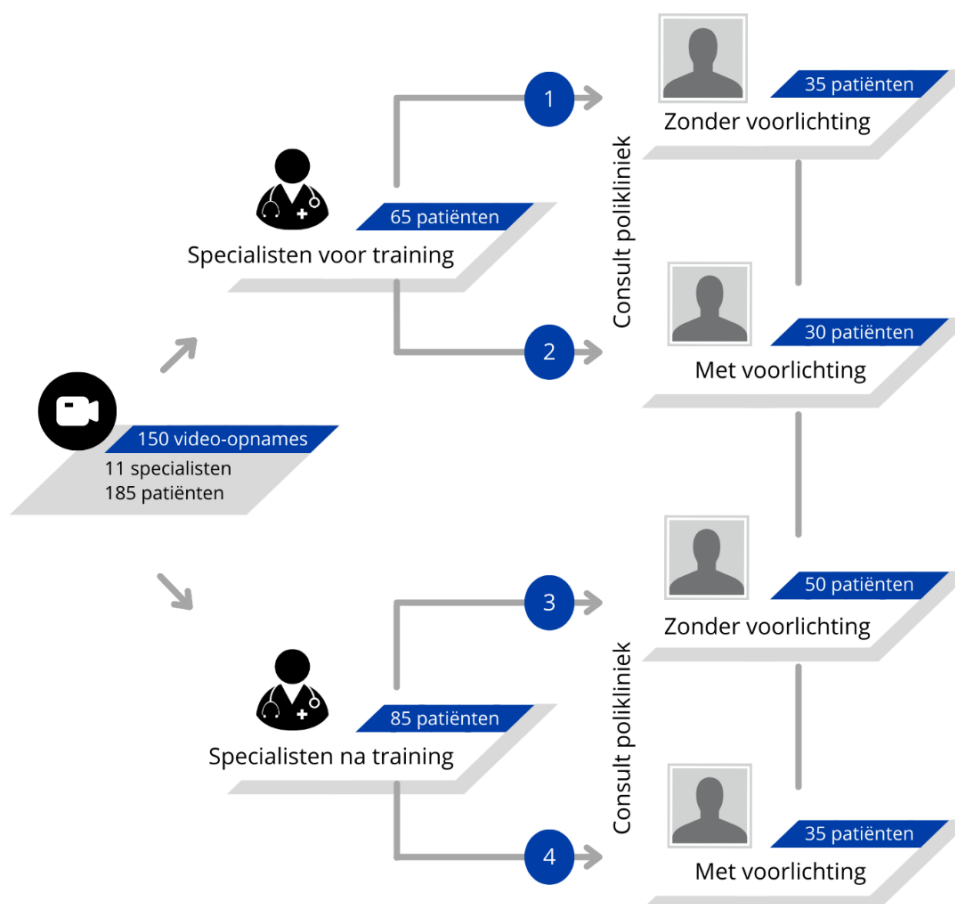
Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van een bestaande dataset van video-opnames van zorgbeslissingsgesprekken op de polikliniek interne geneeskunde van het UMCU (zie Briedé et al. 2021). De opnames bevatten consulten waarin behandelwensen en -grenzen tussen arts en patiënt worden besproken. De duur van de consulten varieert, meestal tussen de 10 en 45 minuten. Tijdens het eerste consult is er meestal een gesprek van 45 minuten tussen arts en patiënt, terwijl vervolgafspraken doorgaans 10 tot 15 minuten duren. De opnames zijn gemaakt met een videorecorder en tonen zowel de internist als de patiënt, en soms ook een naaste of partner van de patiënt. De opnames zijn door de internist gestart vlak voordat hij/zij de patiënt uit de wachtkamer ophaalt, of direct nadat de internist en patiënt de spreekkamer zijn binnengekomen. De video-opnames tonen verschillende aanzichten, variërend van een recht van voren genomen opname tot opnames genomen vanaf de rug.

In de consulten komen verschillende onderwerpen aan bod. Allereerst wordt de gezondheidstoestand van de patiënt besproken, gevolgd door het bespreken van uitslagen van onderzoeken en het maken van behandelafspraken. Daarnaast wordt in de meeste gevallen gesproken over behandelwensen en -grenzen met betrekking tot reanimatie en beademing. Bij binnenkomst vraagt de arts vaak aan de patiënt hoe het gaat, worden de resultaten van bloed- en/of urineonderzoek besproken, worden eventuele nieuwe behandelafspraken gemaakt en wordt er doorgaans gesproken over behandelwensen en -grenzen met betrekking tot reanimatie en beademing. De exacte volgorde van deze onderwerpen in het consult kan variëren.

### 4.2 *Data en participanten*

De gegevens voor dit onderzoek zijn afkomstig uit een dataset van 150 video-opnames van consulten op de polikliniek interne geneeskunde. Een deel van deze opnames was al eerder verbatim getranscribeerd voor ander onderzoek. Voor dit huidige onderzoek zijn een geselecteerd aantal opnames geanalyseerd via een collectiestudie. De deelnemende patiënten varieerden in leeftijd van 23 tot 87 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 58 jaar. Van de deelnemende patiënten was 60% man. In 28% van de consulten werd er een discussie gevoerd over behandelwensen en -grenzen. De opnames in de dataset zijn gemaakt tussen oktober 2018 en februari 2020 als onderdeel van het onderzoek van Saskia Briedé, een arts in opleiding tot specialist (AIOS) interne geneeskunde (Briedé et al., 2021). Elke opname bevatte een andere patiënt en in totaal hebben 11 artsen deelgenomen aan het onderzoek. Alle deelnemers, zowel artsen als patiënten, hebben schriftelijke toestemming gegeven voor de video-opnames. Na de opnames hadden de deelnemers nog

de mogelijkheid om zich terug te trekken uit het onderzoek. De namen van de deelnemers zijn geanonimiseerd in de transcripten. In totaal deden 11 artsen (zowel specialisten als AIOS) van verschillende specialismen binnen de interne geneeskunde mee aan het onderzoek. Er stemden in totaal 185 patiënten in met deelname. Met behulp van randomisatiesoftware werden de patiënten willekeurig geselecteerd en verdeeld op basis van geslacht, waarna er onderscheid werd gemaakt tussen de groepen die wel of geen patiëntenvoorlichting ontvingen. De patiëntenvoorlichting bestond uit een gesprekshulp die patiënten voorafgaand aan hun polikliniekbezoek ontvingen. Deze voorlichting omvatte informatie over zorgbeslissingen, de rechten van patiënten bij deze beslissingen, het belang van het bespreken van zorgbeslissingen, en mogelijke uitkomsten na bepaalde behandelingen, zoals reanimatie (Briedé et al., 2021). Een deel van de artsen heeft halverwege het onderzoek een training ontvangen, bestaande uit een E-learning module met achtergrondinformatie over het belang van zorgbeslissingsgesprekken en een training met gesimuleerde patiënten waarbij artsen elkaar feedback gaven.



**Figuur 1:** Overzicht van de spreiding (on)getrainde specialisten en patiënten met of zonder voorlichting.

Dit resulteerde in vier groepen (zie figuur 1): (1) artsen vóór de training en patiënten zonder patiëntenvoorlichting, (2) artsen vóór de training en patiënten met patiëntenvoorlichting, (3) artsen na de training en patiënten zonder patiëntenvoorlichting, en (4) artsen na de training en patiënten met patiëntenvoorlichting.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om het onderscheid tussen getrainde en ongetrainde specialisten, evenals het onderscheid tussen patiënten met wel of geen voorlichting, niet mee te nemen als beïnvloedende factoren. De training die de specialisten hebben ontvangen was niet uitgebreid genoeg om een significante impact te verwachten in dit onderzoek. Bovendien is het onderscheid tussen patiënten met wel of geen voorlichting niet relevant, omdat het specifieke focuspunt van het onderzoek lag op het inleiden van behandelwensen en -grenzen, en niet op het algemeen uiten van zorgen. Het is echter belangrijk om te vermelden dat deze keuze is gemaakt om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

#### 4.3 Wetenschappelijke integriteit

De Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC) van het Universitair Medisch Centrum te Utrecht heeft toestemming gegeven voor het onderzoek (MEC 18-465) van Briedé (2021). Bovendien is het onderzoek geregistreerd in het Nederlandse trial register (NTR 7188). Door deze goedkeuring voldoet de dataverzameling aan de geldende normen voor medisch onderzoek en zijn er geen belastende risico's voor de participanten. Alle participanten hebben voor deelname aan het onderzoek *informed consent* verleend.

#### 4.4 Analytische procedure

Dit onderzoek werd uitgevoerd door middel van conversatieanalyse (CA) om de interactie tussen arts en patiënt vanuit een conversatie analytisch perspectief te onderzoeken en te begrijpen. CA is een onderzoeksmethode om face-to-face gesprekken te analyseren en is gericht op het beschrijven van interactionele patronen die gesproken interactie in hun natuurlijk voorkomende situatie tonen (Maynard & Heritage, 2005). CA biedt een gedetailleerde methode om sociale interactie te analyseren en is zeer waardevol gebleken in (medisch) onderzoek (Sidnell & Stivers 2012). De analytische focus bij CA zit in de acties die gedaan worden door middel van gespreksinteractie. Een voorwaarde van conversatieanalyse is het gebruik van natuurlijk voorkomende data, waardoor mondelinge interactie kan worden bestudeerd (Sliedrecht & Van Charldorp, 2011). Hierbij worden sequenties gedurende een gesprek geanalyseerd om te onderzoeken wat gespreksdeelnemers met de handelingen in die sequenties bereiken, en hoe de handelingen van de verschillende deelnemers samenhangen. Daarom is deze methodologie bijzonder

geschikt voor het doel van dit onderzoek, waarbij de interactionele gevolgen van het bespreken van zorgen centraal staan.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd er een collectie gemaakt van de beschikbare data. Deze collectie bestaat uit een selectie van fragmenten uit de dataset waarin specialisten reageren op het uiten van zorgen in de consulten met patiënten. De geselecteerde fragmenten uit de video-opnames zijn getranscribeerd en daarna geanalyseerd. CA werd gebruikt om te begrijpen hoe patiënten zorgen delen met de arts en hoe dit het consult beïnvloedt om aanbevelingen te bieden aan zowel artsen als patiënten. Hierin ligt de nadruk op het achterhalen van de meest effectieve en succesvolle manier van communicatie tussen arts en patiënt. Door een collectie te maken kan er een vergelijking gemaakt worden tussen verschillende opnames en kunnen patronen ontdekt worden in de manier waarop artsen het gesprek rondom behandelwensen en -grenzen inleiden. Al deze verschillende collectie-items werden geanalyseerd op (1) vorm: hoe wordt het geïntroduceerd, (2) handeling: wat is de actie die daarmee gedaan wordt en (3) interactioneel effect: wat gebeurt er na deze actie in de interactie.

Bij het identificeren van praten over zorgen werd uitgegaan van de manier waarop Robinson (2006) drie typen ‘zorgen’ onderscheidt: (1) relatief nieuwe zorgen, waarbij zorgen voor de eerste keer worden gedeeld, (2) follow-up zorgen, zorgen die tijdens eerder bezoek zijn gedeeld en behandeld en (3) routine zorgen, waarbij de zorg een doorlopende rol speelt maar onder controle is. Het bespreken van zorgen werd gekarakteriseerd als het bespreken van een beschrijving van de (gemoed)toestand van de patiënt waaruit blijkt dat er ongerustheid is of het letterlijk benoemen van het woord ‘zorg(en)’ of ‘bezorgd’.

De analyse werd gedaan op het bijbehorende transcript (zie appendix), volgens de richtlijnen van het Jeffersonian Transcription System (Jefferson, 2004). De transcripten geven letterlijk de interacties tijdens een consult weer inclusief een weergave van intonatie en stiltes. Door de toevoeging van de transcripten in de analysesectie zijn de geanalyseerde fragmenten toegankelijk, begrijpelijk en controleerbaar weergegeven. Met behulp van CA wordt zichtbaar hoe gespreksdeelnemers elkaars uitingen interpreteren en hoe zij betekenis geven aan hun acties (Sidnell & Stivers, 2013). Gespreksdeelnemers reageren in hun volgende beurt op de voorgaande beurt van de ander, en tonen daarmee hoe ze de vorige spreker hebben begrepen, dit geeft de werkwijze achter de organisatie van gesprekken weer (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974; Sliedrecht & Van Charldorp, 2011). Door het gebruik van CA als onderzoeksmethode wordt er een beschrijving en mogelijke verklaring van de sequentiële organisatie van het praten over zorgen gegeven. Deze beschrijving en verklaring kunnen een aanzet geven tot een advies aan artsen en

patiënten over de invloed van het uiten van zorgen in gesprekken waar zorgbeslissingen genomen worden.

#### 4.5 Interdisciplinariteit

Door middel van een interdisciplinaire benadering werden in dit onderzoek nieuwe inzichten en mogelijke (deel)oplossingen gegeven voor een centrale uitdaging in de zorg of het gezondheidsdomein. Door het gebruik van de interdisciplinaire onderzoeksmethode van Repko en Szostak (2020) werd vanuit twee disciplines (geneeskunde en communicatie) naar de theoretische inbedding in de literatuur gekeken, waarna de *more comprehensive understanding* (MCU) leidde tot een conversatie analytische onderzoeksmethode (communicatiediscipline). Hierdoor konden er implicaties voor de praktijk geformuleerd worden (geneeskundediscipline).

De begeleiding van dit onderzoek had ook een interdisciplinair karakter doordat de begeleiders uit twee verschillende vakgebieden kwamen. Hierdoor was niet alleen het onderwerp van het onderzoek interdisciplinair, maar ook de begeleiding. Met behulp van voortgangsgesprekken met de begeleiders uit zowel het geneeskunde- als taal- en communicatiediscipline kon het interdisciplinaire karakter van het onderzoek gewaarborgd worden.

Medical Humanities (MH) is een masterprogramma aan de Universiteit Utrecht (in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht) waarin studenten geneeskunde en studenten met een geesteswetenschappelijke achtergrond interdisciplinair onderwijs volgden. Hierin staan complexe uitdagingen in de zorg centraal. Door interdisciplinair naar deze problemen te kijken, kan dit leiden tot nieuwe inzichten en oplossingen. De master MH is opgebouwd rondom zes grote uitdagingen: (1) de arts-patiëntrelatie, (2) de rol van de medische wetenschap in de samenleving, (3) sociaaleconomisch bepaalde gezondheidsverschillen, (4) het gebruik van medisch-technologische ontwikkelingen in praktijk en samenleving, (5) de grenzen van de zorg, en (6) de toenemende achteruitgang in geestelijke gezondheid (Van Charldorp, Milota, Siebinga, Brillenburg Wurth, Sanders & Van Geelen, 2022, p. 225). Dit onderzoek richtte zich vooral op de eerste uitdaging, waarin de arts-patiëntrelatie en gezamenlijke besluitvorming centraal stonden. Uitdaging één werd als volgt geformuleerd:

“Uitdaging 1: terwijl men er tot voor kort van uitging dat een ‘goede’ patiënt luisterde naar de dokter, maakten patiënt en zorgverlener vandaag de dag gedeelde beslissingen. Wat was de optimale verhouding tussen de burger/patiënt en de zorgverlener en welke rol speelde de overheid?” (Van Charldorp et al., 2022, p. 225)



#### *4.5.1. Datasessies*

Om data te beoordelen, bijvoorbeeld bij gevallen van opnames waar twijfel over was, werd er in een tweetal datasessies (Sidnell & Stivers, 2012) gezamenlijk met geïnteresseerden en betrokken onderzoekers en medestudenten Medical Humanities naar deze data gekeken. Een datasessie bestond uit een korte introductie van het fragment, het twee of drie keer afspelen van het datafragment, waarna iedereen voor zichzelf notities opschreef. Vervolgens worden deze observaties met elkaar besproken, om zo tot nieuwe inzichten te komen. Een datasessie duurde ongeveer een uur. Totaal deden er in de eerste datasessie zeven deelnemers mee, in de tweede datasessie waren dat er zes. Deze datasessies droegen ook bij aan de interdisciplinariteit van het onderzoek doordat deelnemers met verschillende expertises (achtergronden in: taalwetenschap, onderwijskunde, geneeskunde en communicatie) deelnamen.

## 5. Analyse

In de analyse wordt onderzocht hoe de arts het gesprek rondom behandelgrenzen inleidt. Tijdens een vervolgspraak met de internist op de polikliniek interne geneeskunde, hebben patiënten gemiddeld 15 minuten de tijd voor een consult met de arts. Nieuwe patiënten hebben tijdens de eerste afspraak op de polikliniek recht op een langer consult van ongeveer 45 minuten waarin ruimte is voor onder andere uitgebreide kennismaking, het bespreken van klachten, de gezondheid en het medicijngebruik. Tijdens de eerste afspraak wordt er (uitgebreider) lichamelijk onderzoek gedaan bij de patiënt en worden er eventueel vervolgonderzoeken of bloedafname ingepland. De uitslagen hiervan worden vervolgens in een vervolgspraak besproken.

In een consult wordt meestal eerst kort tijd besteed aan de agendabespreking en verschillende openingsvragen bijvoorbeeld over hoe het met de patiënt gaat, waarna de uitslagen van bloed- en of urineonderzoek dan wel andere relevante onderzoeken of uitslagen besproken worden (Barnes, 2019; Schuurmann, Driever, Koole & Brand, 2021). Meestal wordt ook de bloeddruk van de patiënt gemeten. Vragen of zorgen van de patiënt rondom de behandeling kunnen direct in het begin van het consult aan bod komen, als antwoord op de vraag ‘Hoe gaat het met u?’. Maar dit kan ook later in het consult ter sprake komen bijvoorbeeld na een slechte uitslag waarop de patiënt aangeeft hieraan hinder te ondervinden. Of zelfs tegen het einde van het consult waar de arts vraagt ‘Heeft u verder nog vragen?’ wat het einde van het consult markeert. De gesprekken bevatten vaak dezelfde onderdelen en fases. De volgorde van onderwerpen die aan bod komen verschilt.

Het inleiden van het gespreksonderwerp behandelbeperkingen gebeurt ook op verschillende manieren. Ondanks dat er geen standaard manier is waarop deze gesprekken gevoerd worden is er geprobeerd een globale basisstructuur van de inleidende actie te construeren, omdat de gesprekken terugkomende componenten bevatten.

- Fragment 1 toont de globale basisstructuur, een lopende sequentie waarin het bespreken van behandelbeperkingen door de arts wordt geïntroduceerd inclusief mogelijke reactie. Arts en patiënt onderhandelen samen over de behandelwensen en -grenzen die van toepassing zijn om tot een juiste zorgbeslissing te komen.

Na het construeren van deze globale basisstructuur werden vier veel voorkomende fenomenen in de inleiding rondom deze gesprekken geanalyseerd:

- Opsommingen tijdens het inleiden (fragment 2);
- Het gebruik van de toevoeging ‘nog één ding’ (fragment 3);
- Het benoemen van het onderzoek van Briedé et al. (2021) als relevant voor het inleiden van het onderwerp (fragment 4);
- Het stellen van een ‘gekke’ vraag (fragment 5);

- Tot slot wordt in fragment 6 het inleiden van behandelbeperkingen geïnitieerd door de patiënt in plaats van de arts. Dit fragment maakt het mogelijk om een vergelijking met inleidingen van artsen te maken.

In alle fragmenten wordt de arts/dokter in het gesprek aangeduid als 'D' en de patiënt als 'P'.

## 5.1 Globale basisstructuur

Het volgende fragment toont een basisstructuur van een inleiding waarin de arts het gesprek over behandelbeperkingen introduceert. Aangezien er geen vaste structuur is voor deze inleidingen, is dit een 'algemene' basissequentie. Hoewel niet elk consult op deze manier verloopt, bevat dit voorbeeld veel componenten die vaak voorkomen. Het biedt een basisstructuur omdat het de meest fundamentele en eenvoudige sequentie is waarin het bespreken van behandelbeperkingen kan plaatsvinden.

Het onderstaande fragment is afkomstig uit het middenstuk van een arts-patiëntconsult. Voordat dit fragment plaatsvindt, bespreken de arts en de patiënt het persoonlijke behandelplan en de uitslagen van onderzoeken.

### Fragment 1 opname 110

D = dokter (m)

P = patiënt (m)

1 D: Okay,  
 2 .hhh nou. ehm, :  
 3 u doet ook mee (.) met dit (.) onderzoek,  
 4 en een van de aandachtspunten° van het onderzoek is ook dat we  
 5 stilstaan bij° behandel↑beperkingen↓.  
 6 .hhh Ehm.  
 7 Wat doe je nog wel en wat doe je niet meer,  
 8 Als het ehm >heel slecht gaat< met iemand.  
 9 P: Ja.  
 10 D: Ehm, U bent 78 jaar.  
 11 dus u bent op leeftijd,  
 12 Dat is de ene kant van het verhaal.  
 13 >en dan aan de andere kant van het verhaal,<  
 14 (( arts draait zich richting printer en pakt een papiertje  
 15 daaruit terwijl hij door praat))  
 16 Is Eh is het zo dat wij het daar eigenlijk nooit eerder  
 >over gehad hebben.<  
 18 En, ik vind het op zich wel plezierig om (.)  
 19 >in ieder geval< vast te kunnen leggen, wat we besproken  
 20 hebben.  
 21 P: Ja. (prima.) ((maakt strak oogcontact met arts, knikt rustig 22  
 mee))  
 23 D: Ehm::  
 24 Hebt u daar (1.0) überhaupt weleens over nagedacht  
 25 Wat er moet gebeuren als u een hartstilstand krijgt?  
 26 of u gereanimeerd wilde worden?

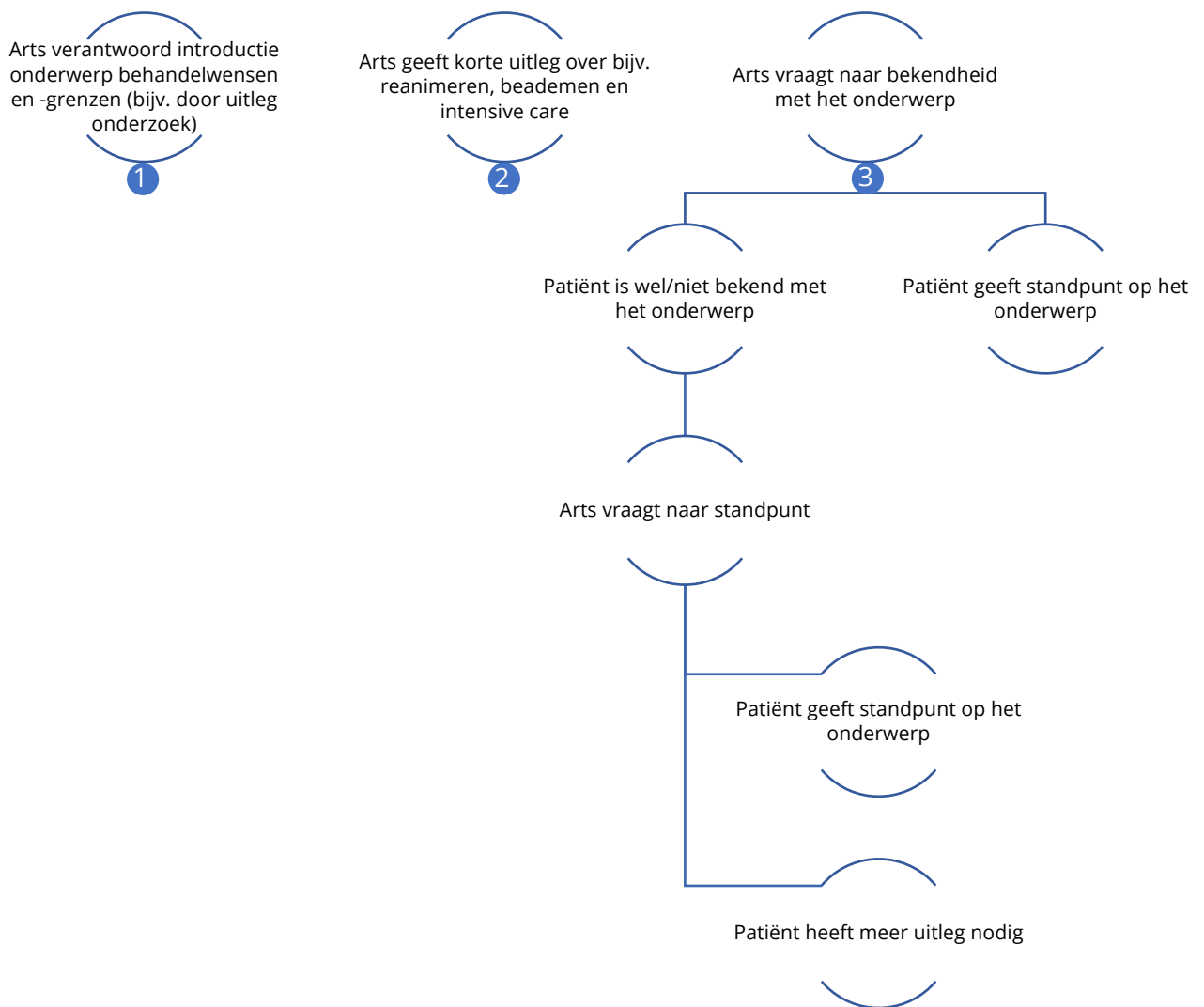
27 Of naar een intensive care wilde of?  
 28 P: ((verbreekt oogcontact met arts))  
 29 Ja ik heb weleens over nagedacht.  
 30 Kijk,  
 31 Er zijn natuurlijk stadia waarin je dan kunt komen  
 32 Te verkeren als het een <kasplantje> wordt, ((maakt opnieuw  
 33 oogcontact met arts))  
 34 D: Ja.  
 35 P: Als dat duidelijk is het wordt een kasplantje  
 36 het wordt niets meer†  
 37 D: Ja.  
 38 P: Dan is reanimatie voor mij niet eh-de oplossing.  
 39 [Dus dan moet er maar [gestopt worden.  
 40 D: [Ja, [Ja.  
 41 P: Als het <enigszins nog leefbaar is,>  
 42 D: Ja.  
 43 P: Dat kan dat-dat moet dan op dat moment eh (beoordeeld worden)  
 44 D: Ja.

In dit eerste fragment is zichtbaar hoe de arts in regel 1 met behulp van een *discourse marker* ‘okay’ de overgang naar een nieuw topic aankondigt. Daarna volgt in regel 2 een aarzeling door een *filled pause* (.hhh nou. ehm,:). Deze veel voorkomende klanken worden vaak door sprekers gebruikt om een pauze in hun uiting op te vullen (Garcia, 2013). Ze worden meestal beschouwd als een teken van slechte spraak, of een teken van onhandigheid of onzekerheid. Aarzelingsstekens (*hesitation markers*) en afbrekingen (*cutoffs*) geven vaak aan dat een spreker dit type bewerking ziet als fouten herstellen of fouten vermijden (Garcia, 2013). De arts gaat verder met de beurt en introduceert het onderwerp behandelbeperkingen, door in regel 3 tot 6 aan de hand van het onderzoek waarvoor de video-opnames gemaakt worden de relevantie voor het inbrengen van het topic te verantwoorden. Na deze introductie ontstaat er weer een aarzeling (regel 6) zoals vergelijkbaar in regel 2. Het topic behandelbeperkingen wordt daarna verder uitgelegd aan de hand van een voorbeeld dat wordt toegelicht in regel 7 en 8: welke behandelingen doe je wel, en welke niet wanneer het heel slecht gaat met iemand. De patiënt geeft hierop een bevestigende ‘ja’ door middel van een *minimal response* in regel 9. Minimale reacties (*minimal responses* of *continuers*) zijn korte uitspraken zoals 'yeah' of 'um hm' die door luisteraars worden geproduceerd als reactie op of tijdens de beurt van een spreker (Schegloff, 1982; Garcia, 2013). In regel 10 benoemt de arts de leeftijd van de patiënt (78 jaar) en geeft aan dat dit relevant is voor het bespreken van behandelbeperkingen. De arts benoemt met behulp van de discourse marker ‘dus’ de leeftijd van de patiënt en geeft daarmee een constatering voor het belang van het bespreken van behandelbeperkingen (Bolden, 2009). Er wordt een opsomming gestart door het benoemen van de leeftijd als relevant voor het bespreekbaar maken van behandelbeperkingen, en het feit dat arts en patiënt niet eerder over deze kwestie in gesprek zijn gegaan. In regel 13 en 16 merkt de

arts op dat ze nog niet eerder over dit onderwerp hebben gesproken, en hij geeft aan dat hij het belangrijk vindt om dit te bespreken en vast te leggen. Daarbij benadrukt hij het belang om de voorkeur van de patiënt vast te leggen. De patiënt bevestigt deze introductie in regel 21. De arts gaat hierna aarzelend verder met het topic door de patiënt te vragen of hij al eerder heeft nagedacht over de grenzen aan behandelen. Hierbij noemt hij expliciet wat er moet gebeuren als de patiënt een hartstilstand krijgt, of de patiënt gereanimeerd wil worden en of hij naar de intensive care wil in een vergelijkbare situatie (regel 23 tot 27). Door dit expliciet te benoemen en te bevragen lokt de arts een antwoord uit bij de patiënt. Dit antwoord krijgt de arts in regel 28 tot 33. Dit is het eerste moment waarop de patiënt aan het woord is. Hiervoor gaf de patiënt alleen door een bevestigende 'ja' als *listening token* antwoord. Dit zijn signalen die afgeven dat de patiënt actief luistert naar de arts. Het is een manier om non-verbaal of verbaal aan te geven dat iemand de rol van luisteraar op zich neemt (Schegloff, 1982). In deze regels (28-33) geeft de patiënt aan dat hij al eens heeft nagedacht over deze kwesties en benadrukt hij dat er verschillende stadia zijn waarin hij terecht kan komen. De patiënt antwoordt in deze regels direct zonder aarzeling en legt zijn standpunt uit. In regel 30 gebruikt de patiënt het woord 'kijk' om daarmee aan te geven wat zijn visie is op het onderwerp. De patiënt vertelt de arts wat zijn standpunt is, ligt dit verder toe, herhaalt en benadrukt dit. De patiënt eindigt met een voorwaarde aan zijn standpunt: als het duidelijk is dat hij een 'kasplantje' wordt en er geen levenskwaliteit meer is, wenst hij geen reanimatie en verzoekt hij om stopzetting van de behandeling (regel 38 tot 40). Het is opvallend dat patiënten vaak aangeven dat wanneer ze dreigen te veranderen in een kasplantje, behandeling geen optie meer is, omdat het onmogelijk is om van tevoren te voorspellen hoe hun toestand na een reanimatie zal zijn.

In dit fragment is zichtbaar hoe de arts het onderwerp behandelbeperkingen inleidt door: (1) het benoemen van het onderzoek, (2) het benoemen van de oudere leeftijd van de patiënt en daarbij de relevantie om een korte uitleg te geven over reanimeren, beademen en de intensive care (3) en vraagt naar de mening en wens van de patiënt. In figuur 2 is deze structuur schematisch weergegeven. Er wordt door de arts een korte uitleg gegeven van wat behandelbeperkingen zijn, waarna de mening van de patiënt gevraagd wordt.

De inleiding van het onderwerp behandelbeperkingen wordt in dit fragment geïnitieerd door de arts met behulp van het onderzoek en de relevantie ervan. Vervolgens verkent de arts het onderwerp door specifieke vragen te stellen, waarna de patiënt zijn gedachten en standpunten deelt.



**Figuur 2:** Schematisch overzicht van de basisstructuur.

## 5.2 Het inleiden van behandelbeperkingen door de arts

In de gesprekken waarin behandelwensen en -grenzen besproken worden neemt de arts vaak de regie voor de organisatie van het gesprek. Het inleiden van het onderwerp behandelbeperkingen wordt op verschillende manieren gedaan. In paragraaf 5.2.1 tot en met 5.2.5 worden deze verschillende manieren van inleiden besproken en geanalyseerd om te onderzoeken hoe dit door artsen wordt gedaan.

### 5.2.1 Opsommingen

In de introductie van het topic behandelbeperkingen gebruiken artsen opsommingen om wensen en grenzen rondom deze behandelbeperkingen bespreekbaar te maken. In fragment 2 leidt de arts het topic behandelbeperkingen in nadat zij samen de gezondheid van de patiënt hebben besproken. Dit wordt gedaan door de opsomming van verschillende comorbiditeiten van de patiënt waarmee de relevantie van het vastleggen van de keuze rondom behandelbeperkingen wordt aangekaart.

#### Fragment 2 opname 0.76

D = dokter (v)

P = patiënt (m)

1 D: ja,  
2 en wat ik eigenlijk verder  
3 ((arts raakt haar nek en wrijft met hand in haar nek))  
4 =Nu we toch alles zo maar zeggen alles  
5 >op een rijtje hebben gezet<.  
6 Van hoe is het nou met de-met de conditie van de <longen,>  
7 en hoe is het het met u  
8 >ehm.-ehm.<  
9 >na het hartinfarct dat u in het verleden heeft gehad<  
10 ehm maak ik me wel een beetje zorgen.  
11 <om u.>  
12 P: ((patiënt kijkt aandachtig naar de arts))  
13 D: omdat u snel last heeft van eh,eh,  
14 benauwdheid  
15 en dat u ook snel-u bent heel veel vermoeid  
16 eh >en ik wil niet op de zaken vooruit lopen<  
17 Maar ik vind het belangrijk om hier een keer te benoemen  
18 P: ((patiënt zet zijn bril af))  
19 D: Kijk ik lever hier voor u alle zorg  
20 Voor de suikerziekte  
21 en voor de bloeddruk  
22 P: ja,  
23 D: etcetera, etcetera,  
24 maar waar wij nog nooit over hebben gesproken  
25 en misschien heeft u wel een keer met de huisarts gedaan  
26 wat er nou?  
27 wat u nou wenst.  
28 wat er voor zorg aan u wordt geleverd,  
29 Op moment dat het plotseling acuut heel slecht met u gaa:t.  
30 P: ((patiënt heeft geen oogcontact met de arts))  
31 D: kijk ik hoop dat in stabiel vaarwater blijft (.)  
32 de aankomende tijd  
33 maar het zijn meerdere ziektes die u bedrei↑gen↓  
34 de longen,  
35 het hart  
36 de suikerziekte he,

37 P: ((patiënt kijkt naar beneden en knikt))  
38 D: Kijk U heeft gewoon een verhoogd kans om (er toch)  
39 iets-een herseninfarct te krijgen†  
40 Of een hartinfarct.  
41 P: Ja ((patiënt kijkt naar beneden, nog steeds weinig oogcontact  
42 met de arts))  
43 D: Heeft u ooit wel eens zelf erover nagedacht?  
44 Misschien van, ja,  
45 Waar wil ik naartoe werken in de toekomst.  
46 En als zoiets gebeurt,  
47 wil ik dan wel (.) naar de IC? zorg krijgen,  
48 of wilt u maximaal ondersteunende zorg?  
49 Heeft u wel eens van nagedacht?  
50 Omdat-het valt me wel op dat u (.)  
51 uw conditie is heel erg beperkt.  
52 En U heeft zoveel gezondheidsproblemen.  
53 ((na een stilte van 1 seconde, raakt de patiënt zijn gezicht,  
54 terwijl hij naar de tafel en grond kijkt))  
55 P: Ja,  
56 dat, eh,  
57 daar heb ik het weleens met mijn vrouw over en ook weleens met  
58 mijn huisarts.

In de eerste 20 regels van het gesprek maakt de arts gebruik van opsommingen als sequentiële structureringstechniek om haar bezorgdheid over de gezondheid van de patiënt uit te drukken (regel 12). Tijdens het inleiden introduceert de arts het medische verleden van de patiënt, namelijk het eerdere hartinfarct van de patiënt, om zo haar bezorgdheid te rechtvaardigen (regel 6-12). Ze benadrukt hiermee de ernst van de situatie. Deze bezorgdheid verduidelijkt ze vervolgens door te wijzen op de symptomen van de patiënt, namelijk snelle benauwdheid (regel 15) en snelle vermoeidheid (regel 16). De opsomming fungeert als relevante voorbereiding en rechtvaardiging voor de introductie van het onderwerp, waarbij de arts het als een delicaat onderwerp presenteert. Dit is een *account*, een manier waarop sprekers hun gedrag of handelingen rechtvaardigen, verklaren of legitimeren (Ten Have, 2006). In dit geval gebruikt de arts een account (slechte conditie en gezondheidsproblemen van de patiënt) als reden voor de introductie van een lastig onderwerp (behandelbeperkingen) en construeert het als een delicaat onderwerp. Accounts kunnen verschillende vormen aannemen, zoals het geven van redenen, verontschuldigen, rechtvaardigen of verduidelijken (Ten Have, 2006). Ze worden gebruikt om de coherentie en begrijpelijkheid van de interactie te bevorderen en potentiële problemen in de communicatie aan te pakken (Baranova & Dingemanse, 2016). Accounts spelen een belangrijke rol in het onderhandelen van betekenissen, het behouden van interactieve orde en het handhaven van sociale normen en verwachtingen in een gesprek (Ten Have,



2006). Tijdens deze opsomming en inleiding van de arts op het onderwerp behandelbeperkingen neemt de patiënt de beurt niet over. Hoewel de arts in regel 16 een aanzet geeft tot het stellen van de vraag over behandelbeperkingen, blijft deze vraag impliciet en wordt deze niet expliciet geformuleerd. Pas in regel 26-29 doet de arts een nieuwe poging om deze vraag te stellen door middel van vragende intonatie. Ze maakt gebruik van een three-part-question (Atkinson, 1984), waarbij ze herhaaldelijk het woord 'wat' aan het begin van haar vraag formuleert. Door middel van herformuleringen leidt dit uiteindelijk tot de uiteindelijke vraag: 'wat u nou wenst, wat er voor zorg aan u wordt geleverd, op het moment dat het plotseling acuut heel slecht met u gaat?' Hier stelt de arts een vraag naar de wensen van de patiënt, waarop een geprefereerd paardeel zou kunnen volgen. Dit geprefereerde paardeel verwijst naar een gewenste reactie van de patiënt, waarmee de arts de beurt aan de patiënt probeert over te dragen via een beurttoewijzingscomponent (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Hierbij wordt de beurtovername impliciet gesuggereerd door de arts. Echter, in plaats van een stilte te laten vallen om deze beurtwisseling mogelijk te maken, gaat de arts door met haar verhaal door zichzelf te selecteren en als de huidige spreker verder te gaan (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Dit fenomeen illustreert het belang van beurtwisselingen en beurttoewijzingen in conversaties, waarbij de interactie tussen sprekers wordt gereguleerd en sociale normen en verwachtingen worden gehandhaafd.

Na het stellen van deze vraag spreekt de arts haar wens uit voor een voorspoedig gezondheidsproces (regel 31-32), maar tegelijkertijd benoemt ze ook de ziektes die de patiënt bedreigen (regel 33), waarbij ze een opsomming geeft van de specifieke ziektes, zoals longproblemen, hartproblemen en suikerziekte. Met deze opsomming benadrukt ze de ernst van de situatie en de verhoogde kans op een herseninfarct. De patiënt bevestigt dit met een 'ja' in regel 41.

Vervolgens vraagt de arts of de patiënt zelf al eens over dit onderwerp heeft nagedacht, maar ze laat geen stilte vallen waarin ruimte is voor de patiënt om te antwoorden. De arts gaat direct verder met het toelichten van haar vraag (regel 43-49). Pas in regel 55 neemt de patiënt de beurt om antwoord te geven.

In dit fragment wordt duidelijk hoe de arts opsommingen gebruikt als sequentiële structureringstechniek om het onderwerp te introduceren. Door een reeks relevante punten of ideeën te presenteren kan een opsomming helpen de inhoud van het gesprek te verduidelijken en te structureren, waardoor het voor de luisteraar duidelijk wordt waarom de overgebrachte informatie relevant is en begrepen moet worden (Mazeland, 1994). Echter, het gebrek aan stiltes en ruimte

voor de patiënt om te antwoorden kan de participatie van de patiënt in het gesprek beperken. Dit benadrukt het belang van een evenwichtige interactie waarin de patiënt de ruimte krijgt om zijn/haar gedachten en wensen te uiten.

### 5.2.2 ‘Nog één ding’

In fragment 3 wordt het conversatie analytische fenomeen van het introduceren van een nieuw onderwerp met behulp van de uiting ‘nog één ding’ geïllustreerd. De arts introduceert soms het onderwerp behandelbeperkingen aan het einde van een consult, nadat andere onderwerpen al besproken zijn. Dit wordt in sommige gevallen gedaan door middel van de uiting ‘nog één ding’. Met deze zin geeft de arts aan dat alle punten zijn afgehandeld en dat er nog een laatste onderwerp is dat besproken moet worden voordat het consult wordt afgerond. Deze formulering signaleert de overgang naar het bespreken van behandelbeperkingen en benadrukt dat dit een belangrijk onderwerp is dat nog niet aan bod is gekomen. Het gebruik van de uiting ‘nog één ding’ creëert een duidelijke structuur en markeert de overgang naar het nieuwe topic.

#### Fragment 3 opname 132

D = dokter (v)

P = patiënt (m)

- 1 D: Nou dan had ik alle dingetjes eigenlijk wel doorlopen  
2 ik Had ik nog <één> <ding>  
3 ehm ik was even uw dossier aan het invullen en toen zag ik dat  
4 we eigenlijk nergens hebben geregistreerd (.) wat u wilt <in  
5 een geval van een  
6 (1.0) calamiteit>  
7 Dat betekent dat als er iets met het hartje gebeurt↓  
8 P: [ja,  
9 D: [hebt u daar wel eens over nagedacht of  
10 P: Ik heb daar >weleens over [nagedacht< maa:r: dat-is  
11 D: [Of u wel gereanimeerd zou willen  
12 worden? Of,  
13 P: =Kijk-het is zo bij mij  
14 ik voel me prima,

In het fragment zien we hoe de arts een nieuw onderwerp introduceert door in regel 1 en 2 gebruik te maken van ‘nog één ding’ om aan te geven nog één laatste topic te introduceren. Door deze formulering wordt het bespreken van behandelbeperkingen in een andere categorie geplaatst dan de voorgaande dingen die in het consult zijn besproken. Hiermee creëert ze een duidelijke structuur en markeert ze de overgang naar het nieuwe onderwerp behandelbeperkingen. In

regel 3 en 4 legt de arts vervolgens uit waarom ze dit onderwerp introduceert, namelijk omdat er nergens in het dossier geregistreerd staat wat de wensen van de patiënt zijn in het geval van een calamiteit. Door deze verantwoording te geven benadrukt de arts de relevantie van het onderwerp en het belang om dit te bespreken. Daarna gaat zij verder door uit te leggen wat zij bedoelt met deze registratie in het geval van een calamiteit in regel 7. De arts heeft het over 'het hartje' in plaats van 'het hart' en gebruikt een verkleinwoord – in het Engels een *diminutive* (regel 7). Door te verwijzen naar 'het hartje' in plaats van door te praten over een 'calamiteit' (regel 6), presenteert de arts het onderwerp als minder problematisch en niet-bedreigend. Bovendien wordt door het gebruik van het verkleinwoord de omvang van de beoogde actie geminimaliseerd, waardoor de arts de last van het verzoek vermindert. De arts verlicht de last van het vragen naar behandelbeperkingen door gebruik te maken van een verkleinwoord, hierdoor wordt het onderwerp minder zwaar en bedreigend gepresenteerd (Buchbinder et al., 2015).

De patiënt bevestigt in regel 8 door een 'ja' weleens nagedacht te hebben over behandelbeperkingen. Hierna gaat de arts verder en vraagt of de patiënt daar wel eens over nagedacht heeft. De patiënt begint met de formulering van een antwoord met een tegenstellende 'maar', doordat de arts de patiënt onderbreekt wordt dit antwoord niet afgemaakt. De arts vult aan en onderbreekt de patiënt om de vraag te verhelderen en expliciet te vragen of de patiënt gereanimeerd zou willen worden.

In dit voorbeeld is zichtbaar hoe de arts het topic rondom behandelwensen en -grenzen introduceert door 'één ding' in te zetten waarmee het einde van het consult wordt aangeduid maar er nog snel een laatste onderwerp besproken dient te worden. Hierdoor wordt het bespreken van dit onderwerp aangeduid als laatste agendapunt (Briedé et al., 2021). De vraag wordt aan het einde van het consult gesteld en door 'één ding' te gebruiken in de aanloop naar de vraag volgt het onderwerp logisch. De arts maakt het topic relevant doordat dit laatste 'ding' nog niet besproken is, en doordat er nog geen informatie in het dossier hierover bekend is. De concrete en direct verpakte vraag, 'heb u daar wel eens over nagedacht' resulteert in een direct antwoord van de patiënt, waardoor er verder op het onderwerp kan worden ingegaan.

### 5.2.3 Het onderzoek

In de opnames is zichtbaar dat veel artsen het eerdere onderzoek van Briedé et al. (2021) gebruiken om het topic behandelbeperkingen te introduceren. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door te benoemen dat het onderzoek draait om communicatie over behandelgrenzen. Door dit te benoemen gebruiken de artsen dit onderwerp als verantwoording om het gesprek hierover aan te gaan. In het vierde fragment introduceert de arts het gesprek over behandelbeperkingen door het onderzoek over gespreksvoering te benoemen. Hierdoor creëert hij een reden om het over behandelbeperkingen te hebben in combinatie met ontbrekende informatie hierover in het dossier van de patiënt.

#### Fragment 4 opname 134

D = dokter (m)

P = patiënt (v)

- 1 D: °Uhum en ja°  
2 .hhh En nou ehm (.)doet u ehm ook mee met het onderzoek  
3 dat gaat over gaat ook over gespreksvoering,  
4 en een van de punten waar: (.) je daar (.) >waar daarbij<  
5 stilgestaan wordt is <behandelbeperkingen>  
6 .hhh En ehm  
7 daar hebben wij het eigenlijk nog nooit zo over gehad maar ik  
8 zit nu >op 't moment wat ik u nu zo hoor vertellen bij mezelf<  
9 daar heeft u misschien wel over nagedacht?  
10 P: Over?((heeft een rustige houding, iets gespannen, aandacht  
11 luisterend in stoel, kijkt arts strak aan))  
12 D: Over >behandelbeperkingen<  
13 -stel nou je komt in het ziekenhuis  
14 (.)  
15 en je bent hartstikke ziek.  
16 en je zou eigenlijk naar de intensive care moeten.  
17 er zijn mensen die hebben daar van te voren over nagedacht. en  
18 die vinden dat dat een heel slecht idee is °bijvoorbeeld°.  
19 maar wij hebben het d'r nooit zo over gehad,  
20 P: Oh:: op die [manier ja ((leunt wat naar achteren in stoel,  
21 neemt meer ontspannen houding aan))  
22 D: [Maar ik zou eigenlijk willen weten of we ergens  
23 rekening mee moeten houden,  
24 >Kijk als u nu binnen komt brengen we u gewoon naar de  
25 intensive care we gaan u gewoon reanimeren<  
26 Ik denk ook dat dat past bij wat u allemaal eh  
27 >in uw voorgeschiedenis heeft gehad<  
28 Er staat echt niks in (.) waarvan ik zeg nou dat moet je  
29 °liever niet doen°.  
30 Maar misschien hebt u daar zelf wel over nagedacht en  
31 >heeft u daar een andere mening< over,  
32 dan wil ik dat graag weten.  
33 P: Ik heb wel met de huisarts-hoe heet het? zo'n ding? Ingeleverd,  
34 ((Mompelt iets naar de grond kijken))

35 D: euthanasie verklaring?  
36 P: Ja,

In bovenstaand fragment is zichtbaar hoe de arts aarzelend een nieuw topic begint in regel 1 door gebruik te maken van uitdrukkingen als ‘ehm’ en ‘ja’. Hij doet dit door een discourse marker die het nieuwe topic aankondigt (‘ehm ja’). Vervolgens verwijst hij naar het onderzoek naar gesprekvoering en noemt hij dat een aspect hiervan betrekking heeft op behandelbeperkingen (regel 2-5). Na een nieuwe aarzeling in regel 6, gaat de arts verder en benoemt hij de onbekende wens van de patiënt met betrekking tot dit onderwerp (regel 7: ‘daar hebben wij het eigenlijk nog nooit zo over gehad’). Hiermee geeft hij twee redenen om te praten over behandelbeperkingen: (1) behandelbeperkingen als onderdeel van het onderzoek en (2) het bevragen van de wens van de patiënt. Nadat de arts benoemt dat de wens van de patiënt rondom behandelbeperkingen onbekend is, vraagt hij of de patiënt hier zelf al eens over heeft nagedacht in regel 9. De arts toont nieuwsgierigheid naar de gedachten van de patiënt. De vraag lijkt echter niet concreet geformuleerd, waardoor de patiënt om meer informatie vraagt in regel 10. Daarna benoemt de arts het onderwerp behandelbeperkingen nogmaals expliciet om het voor de patiënt te verduidelijken.

De verduidelijking wordt gegeven in regel 13 tot 19, waarin de arts een hypothetische situatie schetst. Hierdoor wordt er een ‘voorwaardelijke’ situatie omschreven met als doel om een antwoord te krijgen door een situatie voor te stellen met de vraag ‘wat als’ (Speer, 2012). Door een hypothetische situatie te schetsen, kan worden ontdekt wat de opvatting en betrokkenheid van de patiënt is met betrekking tot het onderwerp behandelbeperkingen. Daarbij gebruikt de arts een voorbeeld in regel 17-18 om aan te geven hoe andere patiënten hierover denken. Dit stelt de patiënt in staat geïnformeerd te worden over het onderwerp, en bovendien kan worden ontdekt of de patiënt een andere keuze zou maken (Speer, 2012).

Daarna benadrukt de arts in regel 19 waarom het belangrijk is dat zij dit onderwerp samen bespreken. De patiënt geeft aan te begrijpen waar de arts precies naar vraagt in regel 20 en neemt een ontspannen houding aan. In regel 22 legt de arts uit wat hij precies wil weten met zijn vraag. Namelijk of hij ergens rekening mee moet houden. In regel 25 schetst de arts de huidige situatie: patiënten die binnenkomen in het ziekenhuis en waar geen keuze rondom behandelbeperkingen bekend van is, worden ten alle tijden gereanimeerd. In regel 28 en 29 projecteert de arts zijn eigen mening op het onderwerp ‘er staat echt niks

in waarvan ik zeg nou dat moet je liever niet doen'. Hier laat de arts weten dat hij voor de keuze wel reanimeren zou kiezen, omdat er geen gezondheidsredenen zijn voor niet reanimeren. Daarna neemt de arts een open houding aan door te vragen wat de mening van de patiënt is: 'misschien hebt u daar zelf wel over nagedacht en heeft u daar een andere mening over' (30-31). Hier creëert de arts ruimte voor een antwoord van de patiënt. Dat antwoord geeft de patiënt in regel 33. De patiënt heeft een euthanasieverklaring bij de huisarts afgegeven, maar komt in de formulering niet op het woord. De arts helpt bij het formuleren in regel 35, waarna de patiënt bevestigt dat het inderdaad om een euthanasieverklaring gaat in regel 36.

Dit fragment laat zien hoe de arts 'het onderzoek' gebruikt als aanleiding om het gesprek over behandelwensen en -grenzen in te leiden. De vraag naar behandelwensen en -grenzen maakt de arts *accountable* door middel van het schetsen van een hypothetische situatie en de constatering dat er geen informatie over de wens van de patiënt in het dossier staat. Door het schetsen van een hypothetische situatie kan worden getest hoe de patiënt wil dat er gehandeld wordt in een 'wat als' situatie. Ondanks het schetsen van een hypothetische situatie is een directe vraag naar de wens van de patiënt belangrijk. In dit fragment ontbreekt een dergelijke directe vraag. Hierdoor lijkt het alsof er naar het onderwerp wordt gevraagd, maar taalkundig gezien is er geen sprake van een vraag naar behandelgrenzen. Dit fragment laat zien dat het onderwerp behandelgrenzen wel wordt aangestipt door het benoemen van een hypothetische situatie en een constatering over het onderwerp, maar doordat er geen directe vraag wordt geformuleerd, lijkt de patiënt niet goed te weten waarop zij moet antwoorden en begint zij over de euthanasieverklaring die is afgegeven bij de huisarts.

#### **5.2.4 Een 'gekke' vraag**

Ondanks de leeftijd van de patiënt is het prettig om over de juiste informatie met betrekking tot behandelwensen en -grenzen te beschikken. Praten over behandelbeperkingen en grenzen is een delicaat topic doordat de optie 'niet behandelen' er voor kan zorgen dat een patiënt komt te overlijden (Sterie et al., 2022). Vooral bij jongere patiënten kan het voor artsen ongemakkelijk aanvoelen om te vragen naar de grenzen rondom behandeling.

In onderstaand fragment introduceert de arts het topic behandelbeperkingen en wel of niet reanimeren door te verwijzen naar het stellen van een 'gekke' vraag. Deze overgangsmarker kan worden beschouwd als een vorm van een *silly question* waarbij er een vraag of opmerking wordt besproken met een 'voor de

hand liggend antwoord' (Stokoe & Edwards, 2008). Dit kan een strategie zijn om het gesprek op een luchtige manier te openen en mogelijke terughoudendheid of spanning bij de patiënt te verminderen.

Fragment 5 opname 60

D = dokter (v)

P = patiënt (m)

- 1 D: ik ik ga u een gekke(.) vraag stellen.  
2 en Dat heeft te maken met wat e:h  
3 ((opent armen open naar buiten))  
4 het beleid ook van het ziekenhuis is  
5 P: ja. Hmm. Ja,  
6 D: om mensen te vra:gen, wat ze ervan vi:nden,  
7 en liever in een rustige situatie dan  
8 = mochten mensen heel ziek op de spoedeisende hulp zijn,  
9 P: uhum.  
10 D: en dat heeft u misschien weleens <meegemaakt> bij opnames,  
11 dat wij dan altijd vragen aan mensen  
12 of zij <gereanimeerd> wil worden,  
13 P: uhum.  
14 D: die vraag herkent u he?  
15 P: ja,

De arts kondigt in regel 1 aan dat ze een 'gekke' vraag gaat stellen als een manier om een nieuw topic te introduceren. Een gekke of domme vraag heeft vaak een voor de hand liggend antwoord en wordt gesteld om bepaalde handelingen in gang te zetten waarbij de intenties en kennis expliciet wordt gemaakt (Stokoe & Edwards, 2008). Door het stellen van een 'gekke' vraag gaat de arts ervan uit dat de patiënt gereanimeerd wil worden, maar wil dit voor de zekerheid nog expliciet maken door een antwoord uit te lokken. Ze vermeldt dat deze vraag te maken heeft met het beleid van het ziekenhuis, waardoor ze aangeeft dat het niet alleen haar persoonlijke keuze is om deze vraag te stellen (regel 2-4). Daarmee doet ze afstand van haar eventuele autonome keuze om de vraag te stellen. De patiënt reageert bevestigend in regel 5 en vraagt om meer informatie.

De arts gaat verder met haar inleiding door te benadrukken dat ze deze vraag liever stelt in een rustige situatie dan tijdens een spoedeisende situatie. Hiermee probeert ze de context van het gesprek te verduidelijken en het belang van het onderwerp te benadrukken. Door de 'uhum' van de patiënt in regel 13 is zichtbaar dat de patiënt nog meer informatie nodig heeft om de beurt te nemen. De arts schetst vervolgens een hypothetische situatie waarin iemand ernstig ziek is en probeert een punt van herkenning te creëren voor de patiënt in regel 7-8 (Speer, 2012). De patiënt bevestigt met een 'uhum' in regel 9. Daarna stelt de arts een

directe vraag door te verwijzen naar het feit dat er altijd gevraagd wordt aan mensen of zij gereanimeerd willen worden. Ze probeert een gevoel van herkenning bij de patiënt op te roepen en vraagt of de patiënt deze vraag herkent (regel 14).

Deze inleiding en de daaropvolgende expliciete vraag van de arts dienen om het onderwerp van behandelbeperkingen en reanimatie aan te snijden. Door de patiënt te betrekken bij de herkenning van de vraag, hoopt de arts een open en betrokken gesprek te kunnen voeren over dit delicate onderwerp. Het stellen van een 'gekke' vraag zorgt er voor dat de arts een antwoord uitlokt bij de patiënt. Het verwoorden van 'gekke' vraag karakteriseert dit als een routinematig en voor de hand liggend onderwerp (Stokoe & Edwards, 2008).

### 5.3 Het inleiden van behandelbeperkingen door de patiënt

In tegenstelling tot de vorige fragmenten waarbij de arts het onderwerp behandelgrenzen introduceerde, laat het volgende fragment juist zien dat patiënten dit onderwerp ook kunnen introduceren. Kenmerkende onderdelen voor deze sequentie zijn: (1) de patiënt deelt een zorg of stelt een vraag, (2) er wordt door de arts doorgevraagd naar het vertelde (3) er wordt door de patiënt gereageerd op deze doorvraag en (4) dit leidt tot een vervolgesprek. De manier waarop deze sequentie verloopt, kan verschillen afhankelijk van de context van de situatie (Pomerantz & Fehr, 1997).

In fragment 6 vertelt de patiënt over een discussie die hij thuis had met zijn vrouw, waarin ze het onderwerp van wel of niet reanimeren bespraken. Tegen het einde van het consult brengt de patiënt dit onderwerp ter sprake, waarna de arts erop reageert en er een gezamenlijk gesprek over het onderwerp ontstaat. Dit leidt tot een afweging van mogelijke opties en beslissingen, waardoor de patiënt duidelijkheid krijgt over wat hij kan verwachten. Tegelijkertijd stelt de arts de patiënt gerust en voorziet hem van informatie.

#### Fragment 6 opname 0.66

D = dokter (v)

P = patiënt (m)

- 1 P: Eh ok.  
2 Nog een ander dingetje wat ik van mijn vrouw even bespreekbaar  
3 moest maken.  
4 Eeh, in het nieuws was e::h (.)  
5 Laatst in het nieuws was wel of geen reanimatie.  
6 Eeh dat soort dingen allemaal, (1)  
7 Ehm.  
8 Wordt dan in het dossier opgenomen of iets dergelijks?  
9 D: Nee niet s- niet standaard op uw leeftijd.  
10 P: Nee?



11 D: Nee.  
12 Dan staat het standaard op wel reanimatie  
13 P: Wel reanimatie.  
14 En als je dat niet wil?  
15 D: Dan eh kan je dat aangeven.  
16 Is dat het geval?  
17 P: Nee eigenlijk niet.  
18 Maar da- daar hadden we het over  
19 Hadden we discussie over thuis.  
20 Zij wil het absoluut niet.  
21 Eeh, ja, ikke wel.  
22 Eh, maar als als als mijn gezin daaronder lijdt,  
23 Bijv- ik ben donor.  
24 Eeh, en eh,  
25 Ik ga dood, en jullie willen eh -eh organen van mij hebben.  
26 Eh, dan is het vervelend voor mijn gezin als ze aan mijn  
27 sterfbed zitten en ik word weggereden om wat uit mij lichaam te  
28 halen.  
29 Dus ik vroeg me af hoe daarmee omgegaan wordt.  
30 En eeh: of (.) zoiets dergelijks (1) meegenomen wordt in een in  
31 een dossier of zoiets dergelijks of eh.  
32 D: Ja. En hoe komt u hier nou ineens op?  
33 P: Vanwege mijn vrouw  
34 Vanwege het nieuws.  
35 D: Ja ja ja  
36 Want heel vaak zijn mensen wat ouder als ze hierop komen.  
37 P: ((lachend)) Ja. Nee.  
38 Mijn vrouw is hier heel erg mee bezig  
39 D: Ok, u maakt zich niet ergens zorgen over.  
40 P: Ikke? Nee. ((lachen))  
41 D: Nee ik ook niet, maar dat is wel belangrijk.

Het fragment begint met de patiënt die aarzelend een nieuw topic start. Dit doet hij door aan te geven iets bespreekbaar te willen maken (regel 2-3). Hij introduceert zijn vraag door te benoemen dat hij en zijn vrouw voorafgaand aan het consult het in te brengen onderwerp besproken hebben, dat het laatst in het nieuws was en ‘dat soort dingen allemaal’ hiermee geeft de patiënt de relevantie van het onderwerp aan (regel 2-6). Er wordt gebruikgemaakt van het verkleinwoord ‘dingetje’ en ‘even’ in de introductie (regel 2). Daarmee minimaliseert de patiënt het onderwerp. Hier gebeurt iets vergelijkbaars als wat eerder in fragment 3 (5.2.2. de uiting ‘nog één ding’) zichtbaar was. Door het woord ‘ander’ behoort dit onderwerp tot een andere categorie, ook dat deed een van de artsen in een eerder voorbeeld. De patiënt leidt het onderwerp aarzelend in door het benoemen van al deze redenen en benoemt twee keer ‘of zoiets dergelijks meegenomen wordt in een in een dossier of zoiets dergelijk of eh’. Hier laat de patiënt merken dat hij aarzelt over het inbrengen van dit topic door markeringen van aarzeling (Braun & Rosin, 2015; Spek, Van Charldorp, Vinck, Venekamp, Rutten, Zwart & De Groot, 2023). Na deze korte

introductie vraagt de patiënt in regel 7 of de keuze voor wel of niet reanimeren in het patiëntendossier wordt opgenomen. De arts reageert hierop en begint zijn antwoord met dat deze registratie niet standaard wordt opgenomen maar herformuleert zichzelf en voegt er aan toe dat het niet standaard gebeurt op de leeftijd van de patiënt (regel 8). De arts toont daarmee een bepaalde veronderstelling over de voorkeur van de patiënt die wordt uitgelokt als een autonome bijdrage van de patiënt zelf door niet direct door te vragen (Sterie, Weber, Jox & Truchard, 2022). Het lijkt alsof deze vraag onverwachts komt voor de arts door de herformulering en het benoemen van ‘uw leeftijd’. De patiënt benadrukt dat zijn vrouw absoluut niet gereanimeerd wil worden, terwijl hij zelf wel voorstander is van reanimatie (regel 19). Deze verschillende standpunten zorgen voor een discussie tussen hen (regel 18). De patiënt geeft aan dat als zijn gezin zou lijden onder de gevolgen van een mogelijke reanimatie, hij terughoudender zou zijn met het besluit om wel te reanimeren of andere levensverlengende behandelingen te ondergaan (regel 24-28). Hieruit blijkt dat de patiënt mogelijke negatieve gevolgen voor zijn gezin in overweging neemt bij het nemen van beslissingen over zijn eigen behandeling. Door dit aan te geven doet de patiënt een *account* om meer informatie of advies te krijgen van de negatieve gevolgen.

Wanneer de arts vraagt naar de reden achter de vraag over wel of niet reanimeren, herhaalt de patiënt dat hij er thuis over heeft gesproken en dat het onderwerp in het nieuws was. Dit suggereert dat externe factoren, zoals nieuwsberichten, invloed kunnen hebben op de bewustwording en discussie over medische beslissingen. De arts erkent dat dit onderwerp vaak ter sprake komt bij oudere patiënten en zoekt naar een mogelijke reden voor de patiënt om dit onderwerp naar voren te brengen. De patiënt reageert met een lach, wat kan worden opgevat als een poging om de spanning rond het onderwerp te verminderen. De arts benadrukt echter opnieuw het belang van het bespreken van deze kwesties, om aan te geven dat het een serieus en relevant onderwerp is dat aandacht verdient. Om kenbaar te maken dat hij het onderwerp serieus neemt gebruikt hij drie keer het woord ‘als’: ‘als, als, als mijn gezin daaronder lijdt’ wat laat zien dat het topic gekarakteriseerd wordt als delicaat of problematisch (Chevalier, 2009; Stokoe, 2010). Als de arts vraagt ‘hoe komt u hier nou ineens op’ in regel 31 benoemt de patiënt nogmaals dat hij en zijn vrouw hier een gesprek over hebben gehad en het onderwerp op het nieuws was. Daaropvolgend zegt de arts dat het meestal oudere patiënten zijn die hierover beginnen. Door drie keer een bevestigende ‘ja’ en het benoemen ‘dat het meestal oudere patiënten zijn’ zoekt de arts naar een onderliggende reden voor het inbrengen van dit topic (regel 31-35). De patiënt geeft hier lachend antwoord op, wat de ernst van het onderwerp afhaalt. Hierdoor benoemt de arts nogmaals dat het een belangrijk onderwerp is om de urgentie aan te duiden (regel 38).

In het tweede deel van het fragment formuleert de arts de behandelwensen van de patiënt om te controleren of zij dit goed heeft begrepen. De patiënt wil alle goede behandelingen ontvangen en dit behoort tot de standaardprocedure.

Vervolg fragment 6 opname 0.66

42 D: Ehm ehm  
43 Ja,  
44 Als ik u goed begrijp is het niet zo dat u eh- he  
45 Wilt u gewoon alle goede behandeling ontvangen  
46 Als ik u zo hoor zeggen,  
47 P: Wat mij betreft wel.  
48 D: Dus Nou, dat is standaard  
49 (Daarover hoeven we niet iets in het dossier te zetten)  
50 Dat zal altijd zo zijn  
51 Vooral op uw leeftijd  
52 P: Hmn hmn  
53 D: Tenzij u echt anders wil.  
54 P: Hmn hmn  
55 D: Dat is een.  
56 En ehm, verder hebben heel veel mensen een donorcodocil,  
57 In de nieuwe wet is het dat je bezwaar moet maken als het  
58 anders dan donor bent, he?  
59 P: Ja,  
60 D: Ehm ehm  
61 En daar wordt heel zorgvuldig mee omgegaan.  
62 Als iemand donor is dan wil iemand graag na z'n dood organen  
63 doneren.  
64 Dus dat zullen we dan respecteren.  
65 Als dat im frage is zeg maar zie je vaak (. )de familie daar  
66 zich ook in kan vinden  
67 P: Okay.  
68 D: In die laatste wens van een patiënt zeg maar he  
69 P: Hmn hmn ja.  
70 D: Dus (. )  
71 P: Ja.  
72 D: Daar hoeft u zich geen zorgen over te maken.  
73 P: En in het geval van mijn vrouw.  
74 Zij wil eeh, niet gereanimeerd worden.  
75 Dat is wat genuanceerder hoor.  
76 Maar Ehm, hoe,  
77 Hoe weten jullie dat?  
78 D: Als zij dat echt wil, maar ik ben haar dokter niet  
79 P: Nee  
80 D: Dus eh Het beste kan zij een afspraak te maken met de huisarts  
81 bijvoorbeeld samen met u om daarover te praten  
82 En dan kan de huisarts dat in het dossier opnemen.

De arts brengt nogmaals de leeftijd van de patiënt in door te benoemen dat het voor de leeftijd waarin de patiënt zich bevindt er standaard behandeld wordt. Tenzij anders vermeld is het altijd de standaard procedure om patiënten te behandelen. Daarna legt de

arts uit dat veel mensen een donorcodicil hebben waarin zij hebben aangegeven wat er met de organen moet gebeuren na overlijden. In de nieuwe donorwet staat dit automatisch geregistreerd en de arts wijst de patiënt nogmaals op de mogelijkheid om hier bezwaar op te maken. De arts benoemt dat er met het donorcodicil zorgvuldig wordt omgegaan (regel 58-60). Hierna vertelt de arts ook dat de familie van orgaandonoren zich vaak ook kunnen vinden in de keuze voor orgaandonatie. In regel 61 en 62 komt de arts terug op de eerder genoemde zorg van de patiënt over wat er bij overlijden gebeurt met organen wanneer iemand orgaan donor is (regel 24-28). Door de patiënt gerust te stellen met informatie over hoe de familie vaak reageert op de laatste wens van de patiënt (regel 61-68) creëert de arts een geruststellende omgeving en wordt er expliciet benoemt dat de patiënt zich geen zorgen hoeft te maken. Hiermee wordt er een open uitlokking gecreëerd door de arts waarin de patiënt behandeld wordt als goed geïnformeerd over het protocol en de opties, en autonoom in het nemen van een besluit (Sterie et al., 2022).

In dit fragment is zichtbaar hoe een patiënt zijn zorg onderdeel van gesprek maakt, hoe de arts hierop doorvraagt en hoe zij samen tot een gezamenlijk besluit komen. Deze gezamenlijke zorgbeslissing houdt in dat de patiënt geïnformeerd is over het protocol rondom keuze voor wel of niet reanimeren. Er zijn opties besproken over hoe dit eventueel gewijzigd kan worden. De arts heeft de reden van de zorgen bevraagd en uitgelegd dat de wensen van de patiënt gerespecteerd worden. Hierdoor wordt het topic afgesloten doordat de patiënt is ingelicht en mogelijke zorgen door de arts zijn weggenomen. In deze sequentie wordt het onderliggende probleem van de patiënt geïdentificeerd, waardoor er ruimte ontstaat om te zoeken naar een passende oplossing in de vorm van een zorgbeslissing. Patiënten gebruiken dezelfde technieken om het delicate onderwerp behandelbeperkingen te introduceren.

## 6. Conclusie

Dit onderzoek onderzocht door middel van conversatieanalyse hoe artsen het gesprek rondom behandelwensen en -grenzen inleiden. Hierin stond het gespreksonderwerp behandelbeperkingen (reanimeren, beademen of naar de intensive care gaan in een spoedeisende situatie) centraal. Dit onderzoek heeft aangetoond dat het bespreken van behandelbeperkingen een gevoelig onderwerp is voor zowel artsen als patiënten. Artsen hanteren verschillende strategieën om dit onderwerp in te leiden, waaronder het gebruik van opsommingen, het markeren van een overgang met de uiting ‘nog één ding’, verwijzen naar onderzoek en het stellen van een 'gekke' vraag. Hoewel deze strategieën nuttig kunnen zijn, is het belangrijk om een evenwicht te vinden tussen het structureren van het gesprek en het bieden van ruimte voor de patiënt om te participeren. Het bespreken van behandelbeperkingen is essentieel voor het maken van weloverwogen keuzes en het betrekken van patiënten bij hun eigen zorg, en stelt hen in staat weloverwogen keuzes te maken die aansluiten bij de persoonlijke situatie van de patiënt (ZonMw, z.d.; Nyst, 2021)

## 7. Discussie

Het onderwerp van behandelbeperkingen is een delicaat onderwerp dat zowel door artsen als patiënten als gevoelig wordt ervaren. Dit komt doordat het onderwerp betrekking heeft op het einde van het leven en de optie om niet te behandelen er voor kan zorgen dat een patiënt komt te overlijden (Sterie et al., 2022). Tijdens het inleiden van het onderwerp behandelbeperkingen is deze gevoeligheid terug te zien. Artsen gebruiken verschillende technieken om het onderwerp in te leiden.

Eén van de technieken die artsen gebruiken, is het gebruik van opsommingen om het onderwerp van behandelbeperkingen te introduceren. Door relevante punten en gezondheidsproblemen van de patiënt op te sommen, benadrukt de arts de ernst van de situatie en rechtvaardigt het bespreken van het onderwerp. Hoewel opsommingen helpen bij het verduidelijken en structureren van het gesprek, kunnen ze de participatie van de patiënt beperken door het gebrek aan stiltes en ruimte voor de patiënt om te reageren. Een evenwichtige interactie waarin de patiënt de ruimte krijgt om zijn of haar gedachten en wensen te uiten, is van cruciaal belang. Door stiltes te laten vallen geeft een arts ruimte aan de patiënt om te kunnen antwoorden.

Een andere techniek die artsen gebruiken, is het gebruik van de uiting ‘nog één ding’. Dit markeert de overgang naar het afsluitende topic en wordt gebruikt om het gesprek over behandelbeperkingen in te leiden. Het kan echter ook leiden tot een scheiding tussen het voorgaande gesprek en het onderwerp van behandelbeperkingen, waardoor de patiënt mogelijk minder betrokken raakt. Door de uiting ‘nog één ding’ kan het onderwerp behandelbeperkingen worden gepresenteerd als losstaand van de vorige onderwerpen. Het lijkt

daardoor in een andere categorie te vallen dan het voorgaande. Dit maakt het geen onderdeel van de agenda.

Artsen kunnen ook het onderzoek als aanleiding gebruiken om het gesprek over behandelbeperkingen op gang te brengen. Door een hypothetische situatie te schetsen wordt er een situatie omschreven met als doel een antwoord bij de patiënt uit te lokken, door een situatie voor te stellen met de vraag 'wat als' of 'stel je voor' (Speer, 2012). Hierdoor wordt de patiënt uitgedaagd om over behandelbeperkingen na te denken. Een hypothetische situatie schetsen wordt aanbevolen in combinatie met een directe vraag. Een directe vraag biedt de patiënt de gelegenheid om specifiek te zijn over hun behandelvoorkeuren en eventuele beperkingen, waardoor er een nauwkeurige en gedetailleerde registratie in het medische dossier kan worden gemaakt.

Het stellen van een 'gekke' vraag door de arts kan een strategie zijn om het gesprek over behandelbeperkingen en reanimatie op een luchtige manier te openen. De arts gebruikt deze vraag als een manier om het onderwerp te introduceren en mogelijke terughoudendheid of spanning bij de patiënt te verminderen. Door de vraag te stellen, lukt de arts een antwoord uit bij de patiënt. Het stellen van een 'gekke' vraag karakteriseert het onderwerp als routinematig en voor de hand liggend. Tegelijkertijd kan het inleiden van een 'gekke' vraag onnodig het onderwerp als vreemd karakteriseren, terwijl er juist een neutrale houding is gewenst. Dit doet mogelijk afbreuk aan de gewenste neutrale houding. Wanneer artsen het onderwerp als gevoelig ervaren of benaderen, kan dit de patiënt beïnvloeden en het gesprek nog ingewikkelder maken (Veening, Gans & Kuks, 2009). Daarom is het belangrijk dat artsen op een neutrale manier communiceren en zich aanpassen aan het taalgebruik van de patiënt (Veening, Gans & Kuks, 2009). Dit draagt bij aan een open en eerlijke communicatie tussen arts en patiënt.

Het bespreken van behandelbeperkingen is niet alleen de verantwoordelijkheid van artsen, maar ook van de patiënt. Patiënten benaderen het onderwerp vaak aarzelend en zoeken duidelijkheid, begrip en begeleiding van de arts bij het nemen van beslissingen over hun behandeling. Het is van belang dat artsen op een neutrale manier communiceren en zich aanpassen aan het taalgebruik van de patiënt. Effectieve communicatie is essentieel voor het opbouwen van een goede arts-patiëntrelatie en het maken van weloverwogen keuzes.

Het onderzoek kent ook tekortkomingen. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de kwalitatieve onderzoeksmethode conversatieanalyse. Deze methode is bijzonder geschikt voor het analyseren van gesprekken maar kenmerkend is ook een beperkt corpus. De geanalyseerde fragmenten en de opgebouwde datacollectie zijn klein van omvang. Ook hebben de geanalyseerde gesprekken in specifieke contexten in het UMCU plaatsgevonden, namelijk de polikliniek interne geneeskunde. Dit maakt het moeilijk om de resultaten te generaliseren naar arts-patiëntconsulten in het algemeen. Ondanks dat de resultaten moeilijk te

generaliseren zijn laat dit onderzoek zien hoe de artsen bepaalde inleidingen gebruiken en wat ze daarvoor doen. Mogelijk zijn er meer manieren, maar dat deze manieren er zijn is al ontzettend inzichtelijk en zegt iets over authentiek gespreksgedrag.

Eén van de conclusies van het onderzoek was de gevoeligheid van het onderwerp behandelwensen en -grenzen. Dit is terug te zien aan hoe deze onderwerpen in de gesprekken behandeld worden (door haperingen, herstarts, *accounts*, lange inleidingen, opsommingen en *silly questions*). Een kwalitatieve interviewstudie kan onderzoeken waar die gevoeligheid van praten over behandelbeperkingen door veroorzaakt wordt. Dit levert factoren op die als hinderlijk voor het bespreken van behandelbeperkingen worden ervaren. Door deze factoren te vergelijken in vervolgonderzoek kan praten over behandelbeperkingen in de toekomst mogelijk als minder moeizaam en delicaat worden ervaren door artsen en patiënten. Gespreksdeelnemers bepalen namelijk zelf of zij een topic als delicaat beschouwen (Yu & Wu, 2015).

Vervolgonderzoek kan zich richten op hoe delicate onderwerpen ontstaan en hoe er wordt omgegaan met deze onderwerpen tijdens een gesprek. Een onderzoek naar het bespreken van behandelbeperkingen in een acute situatie kan een vergelijking maken met huidig onderzoek. In dergelijke situaties is er weinig tijd en is snel to-the-point komen noodzakelijk. Het is interessant om te vergelijken hoe het onderwerp dan benaderd wordt en welke inleiding daarbij gebruikt wordt. Een studie naar praten over behandelbeperkingen met patiënten in de terminale- of palliatieve zorg kan interessante uitkomsten opleveren over verschillende visies op het onderwerp.

De interdisciplinaire benadering die in dit onderzoek is gebruikt, heeft bijgedragen aan de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten. Effectieve medische communicatie is alleen mogelijk als er meer kennis is over de sequentiële organisatie van gesprekken en de invloed daarvan op het consult. Het betrekken van verschillende disciplines kan nieuwe perspectieven bieden.

In dit onderzoek heeft de communicatiediscipline in combinatie met de geneeskunde aangetoond dat de manier waarop het gesprek rondom behandelbeperkingen wordt ingeleid de reactie van de patiënt kan beïnvloeden. Het bespreken van behandelwensen en -grenzen speelt een cruciale rol bij het maken van weloverwogen keuzes en het betrekken van patiënten bij hun eigen zorg. Doordat artsen het delicate gespreksonderwerp inleiden met allerlei constructies en ingewikkelde formuleringen, maken zij het voor patiënten heel moeilijk om antwoord te kunnen geven op de vraag. Hoe langer de inleiding naar de concrete vraag rondom behandelbeperkingen, hoe minder ruimte de patiënt heeft om te kunnen antwoorden.

## 8. Implicaties voor de praktijk

Onderstaande punten vormen gesprekstips aan artsen. Ze kunnen helpen om het onderwerp behandelbeperkingen in de spreekkamer te kunnen benaderen en in te leiden:

- **Maak het onderdeel van het consult** en benoem het expliciet bij het bespreken van de agenda, zodat zowel de arts als de patiënt weten dat het bespreken van behandelwensen en -grenzen aan bod komt.
- **Leg uit waarom het onderwerp wordt geïntroduceerd.** Dit kan dienen als een rechtvaardiging om het delicate onderwerp aan te snijden. Bijvoorbeeld: “Ik heb nooit eerder met u gesproken over behandelbeperkingen...” of “Het elektronisch patiëntendossier vraagt mij om iets in te vullen, maar ik wil het graag met u bespreken...” Dit biedt een goede gelegenheid om te vragen: “Wat zijn uw grenzen?”
- **Creëer een overgang met behulp van een hypothetische situatie** om een reactie uit te lokken. Een overgang van het ene naar het andere onderwerp is altijd nodig. Dit kan worden gemarkeerd door zinnen als: “Ik heb nog een laatste onderwerp waarover ik u een vraag wil stellen...” in combinatie met het schetsen van een hypothetische situatie, bijvoorbeeld: “Stelt u zich voor... wat zou uw wens dan zijn?” Dit trekt de aandacht en vraagt om een reactie van de patiënt.
- **Benader het onderwerp neutraal.** Het is belangrijk om het onderwerp van behandelbeperkingen niet als vreemd of delicaat te bestempelen, maar juist neutraal te benaderen. Deze benadering kan de reactie van de patiënt op een positieve manier beïnvloeden en open communicatie bevorderen.
- **Geef ruimte voor stiltes.** Als artsen te lang aan het woord zijn, krijgt de patiënt geen kans om te reageren. Het is belangrijk om dit actief uit te lokken, bijvoorbeeld door een vraag te stellen of juist een stilte te laten vallen.

Door deze aanbevelingen in de praktijk toe te passen, kunnen artsen effectief het onderwerp van behandelbeperkingen benaderen en introduceren, wat een open en eerlijke dialoog met de patiënt bevordert.



## 9. Referenties

- Ahluwalia, S.C., Sajatovic, M., Lorenz, K.A., & Gordon, H. R. (2012). Missed Opportunities for Advance Care Planning Communication During Outpatient Clinic Visits. *Journal of General Internal Medicine*, 27(4), 445–451. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1917-0>
- Albury, C., Hall, A.M., Syed, A., Ziebland, S., Stokoe, E., Roberts, N., Webb, H., & Aveyard, P. (2019). Communication practices for delivering health behaviour change conversations in primary care: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Family Practice*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0992-x>
- Atkinson, J.M. (1984). *Our masters' voices: The language and body language of politics*. Londen, Engeland: Methuen.
- Baranova, J., & Dingemans, M. (2016). Reasons for requests. *Discourse Studies*, 18(6), 641–675. <https://doi.org/10.1177/1461445616667154>
- Barnes, R.K. (2019). Conversation Analysis of Communication in Medical Care: Description and Beyond. *Research on Language and Social Interaction*, 52(3), 300–315. <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631056>
- Bossaert, L.L., Perkins, G.D., Askitopoulou, H., Raffay, V.I., Greif, R., Haywood, K.L. & Steen, P.A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95, 302-311.
- Brabers, A. (2018). Patient involvement and medical practice variation. *Can patients be ignored in theories about practice variation*.
- Braun, A., & Rosin, A. (2015, August). On the speaker specificity of hesitation markers. In *ICPhS*.
- Briedé, S., De Winter, M.A., Van Charldorp, T., & Kaasjager, K.A.H. (2022). The effect of physician training and patient education on the discussion of care decisions at the internal medicine outpatient clinic. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08901-7>
- Briedé, S., Van Charldorp, T., & Kaasjager, K.A.H. (2021). Discussing care decisions at the internal medicine outpatient clinic: A conversation analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2045–2052. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.029>
- Broersen, S. (2016, 26 juli). *Shared decision making voor beginners*. Medisch Contact. Geraadpleegd op 21 juni 2022, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/shared-decision-making-voor-beginners.htm>

- Brouwer, W.B.F., & Rutten, F.F.H. (2007). Zorgverzekeringen: een centraal gezondheidszorgonderzoeksgebied. In T, P., & Juttman, R.E, (Eds). *Handboek gezondheidszorgonderzoek* (pp. 208-224). Bohn Stafleu van Loghum.
- Bruns, E. (2023, 8 april). *Meer informatie maakt de patiënt niet beter*. NRC. <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/04/07/meer-informatie-maakt-de-patient-niet-beter-a4161576>
- Buchbinder, M., Wilbur, R.E., McLean, S.A., & Sleath, B. (2015). “Is there any way I can get something for my pain?” Patient strategies for requesting analgesics. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.021>
- Chevalier, F.H. (2009). The facework of unfinished turns in French conversation. *Discourse Studies*, 11(3), 267–284. <https://doi.org/10.1177/1461445609102443>
- De Haes, J., Zandbelt, L. C., & Ong, L. (2006). Communicatie van arts en patiënt. *Bohn Stafleu van Loghum eBooks*, 171-186. [https://doi.org/10.1007/978-90-313-7033-7\\_19](https://doi.org/10.1007/978-90-313-7033-7_19)
- Elwyn, G., Frosch, D. L., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. R., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C. M., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. J. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Finset, A. (2012). “I am worried, Doctor!” Emotions in the doctor–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.022>
- Garcia, A.C. (2013). *An Introduction to Interaction: Understanding Talk in the Workplace and Everyday Life*. Bloomsbury Publishing.
- Harnas, S., Van der Kraan, J., Knops, A., & De Groot, J. (2017). Samen Beslissen met de zorgverlener: Over welke zorg het beste past. In *Patiëntenfederatie Nederland*.
- Hendriks, A.C. (2019). Kroniek van het gezondheidsrecht. *Nederlands Juristenblad*, 94(15), 1099-1115. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/80363>
- Hoffmann, T., Montori, V.M., & Del Mar, C. (2014). The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*, 312(13), 1295. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>
- Huisman, F.G. (2018). De arts-patiëntrelatie. In H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart, & F.G. Huisman, (Eds), *Medische geschiedenis* (pp. 163–177). Bohn Stafleu van Loghum.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. Lerner (Red.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation* (pp. 13-31) Amsterdam, Nederland: John Benjamins.
- King, D., & Morgan, R. (1996). Discussing CPR with patients and relatives. *Postgraduate Medical Journal*, 72(847), 317.

- Mathijssen, J. (2013). Shared decision making: gezamenlijke besluitvorming in de spreekkamer. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 473–474. <https://doi.org/10.1007/s12508-013-0156-7>
- Maynard, D.W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39(4), 428–435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- Mazeland, H. (1994). Descriptieve praktijken: Pragmatische analyse van categorisering. In *Perspectieven in taalbeheersingsonderzoek* (pp. 267–279). Dordrecht ICG Publications.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse* (1ste editie). Coutinho.
- Nyst, E. (2021, 7 december). *Samen beslissen vraagt naast keuzehulp ook ander gedrag arts*. Medisch Contact. Geraadpleegd op 18 mei 2023, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/samen-beslissen-vraagt-naast-keuzehulp-ook-ander-gedrag-arts->
- Oosterveld, M., Noordman, J., & Rademakers, J.J.D.J.M. (2019). *Samen beslissen in de spreekkamer: ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden*.
- Ouwens, M., Van der Brug, S., Faber, M., & van der Weijden, T. (2012). Shared decision making & Zelfmanagement. *Literatuuronderzoek naar begrippen Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare*.
- Patiëntenfederatie Nederland. (2023). Samen Beslissen. *Patiëntenfederatie*. <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen>
- Pomerantz, A., Fehr, B.J., & Ende, J. (1997). When Supervising Physicians See Patients Strategies Used in Difficult Situations. *Human Communication Research*, 23(4), 589–615. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1997.tb00411.x>
- Repko, A. F. & Szostak, R. (2020). *Interdisciplinary research: Process and theory*. Sage Publications.
- Robinson, J. D. (2006). Soliciting patients' presenting concerns. *Studies in Interactional Sociolinguistics*, 20(22), 22-47.
- Robinson, J. S., & Heritage, J. (2005). The structure of patients' presenting concerns: the completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine*, 61(2), 481–493. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.004>
- Roter, D.L., & Hall, J.A. (1993). Models of the doctor-patient relationship. *Doctors talking with patients: patients talking with doctors*. Westport CT: Anburn House, 21-37.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50(4), 696-735.

- Schegloff, E.A. (1982). Discourse as an interactional achievement: Some uses of ‘uh huh’ and other things that come between sentences. *Analyzing discourse: Text and talk*, 71, 71-93.
- Sliedrecht, K.Y., & Van Charldorp, T. (2011). Tussen spraak en schrift: de rol van samenvattingen in het politieverhoor. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 33(1), 34–55. <https://doi.org/10.5117/tvt2011.1.tuss395>
- Sidnell, J., & Stivers, T. (2012). *The Handbook of Conversation Analysis*. Wiley *eBooks*. <https://doi.org/10.1002/9781118325001>
- Simmons, M., Hetrick, S., & Jorm, A. (2010). Shared Decision-Making: Benefits, Barriers and Current Opportunities for Application. *Australasian Psychiatry*, 18(5), 394–397. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.499944>
- Speer, S.A. (2012). Hypothetical Questions: A Comparative Analysis and Implications for “Applied” vs. “Basic” Conversation Analysis. *Research on Language and Social Interaction*, 45(4), 352–374. <https://doi.org/10.1080/08351813.2012.724987>
- Spek, M., Van Charldorp, T.C., Vinck, V.V., Venekamp, R.P., Rutten, F.H., Zwart, D.L., & De Groot, E. (2023). Displaying concerns within telephone triage conversations of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: a conversation analytic study. *Patient Education and Counseling*, 113, 107770. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107770>
- Sterie, A., Weber, O., Jox, R.J., & Truchard, E.R. (2022). “Do you want us to try to resuscitate?”: Conversational practices generating patient decisions regarding cardiopulmonary resuscitation. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.042>
- Stiggelbout, A.M., Van Der Weijden, T., De Wit, M., Frosch, D.L., Légaré, F., Montori, V.M., Trevena, L., & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*, 344(27-1), <https://doi.org/10.1136/bmj.e256>
- Stokoe, E. (2010). “Have You Been Married, or...?”: Eliciting and Accounting for Relationship Histories in Speed-Dating Interaction. *Research on Language and Social Interaction*, 43(3), 260–282. <https://doi.org/10.1080/08351813.2010.497988>
- Stokoe, E., & Edwards, D. (2008). ‘Did you have permission to smash your neighbour’s door?’ Silly questions and their answers in police—suspect interrogations. *Discourse Studies*, 10(1), 89–111. <https://doi.org/10.1177/1461445607085592>
- Ten Have, P. (2006). Etnomethodologie als kwalitatieve traditie. *KWALON*, 11(1), 34–39. <https://doi.org/10.5117/2006.011.001.009>
- Tromp, F., & Greijn, C.M. (2019). Talk to the hand! *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 27(10), 6–8. <https://doi.org/10.1007/s12498-019-0130-7>

- Van Charldorp, T., Milota, M., Siebinga, V., Brillenburg Wurth, K., Sanders, T., & Geelen, S. van. (2022). Medical Humanities: Interdisciplinaire samenwerking voor het gezondheidsdomein van de toekomst. In S. van Geelen & M. Milota (Red.), *De Nieuwe Utrechtse School*. (pp. 221–229). Universiteit Utrecht, HKU Hogeschool voor de Kunsten & Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- Van Delden, H., De Ruiter, C., Van der Endt, R., De Graaf, E., Helle, R., Ikking, H., Kaptein, H., Van Leen, M., & de Vries, L. (2013). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet*, 56(4), 1-7.
- Van Der Kraaij, G.E., Van Huizen, A. M., Vermeulen, F., & Spuls, P. (2020). Gezamenlijke besluitvorming in vogelvlucht. *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie*, 30(8).  
<https://researchinformation.amsterdamumc.org/en/publications/collective-decision-making-in-a-birds-eye-view>
- Van Der Male, A.A. (2014). Levenseindevragen. *Bijblijven*. <https://doi.org/10.1007/s12414-014-0073-y>
- Van Der Weele, G.M., & Baghus, A. (2022). Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen? *Huisarts en Wetenschap*, 65(12), 10–13. <https://doi.org/10.1007/s12445-022-2103-9>
- Van de Wedden, H. (2019). Praat met kwetsbare patiënten over hun toekomst. *Nursing*, 25(3), 11. <https://doi.org/10.1007/s41193-019-0035-y>
- Van Dulmen, S. (2001). De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts En Wetenschap*, 44(11), 194–198. <https://doi.org/10.1007/bf03082400>
- Van Staveren, R. (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk: Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 155(A3777), 1-5. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a3777.pdf>
- Veening, E.P., Gans, R., & Kuks, J. (2009). Bijzondere consultsituaties. In *Medische consultvoering* (p. 95). Bohn Stafleu van Loghum.
- Wouda, J.C., & Van De Wiel, H. (2006). Medische communicatie. *Bohn Stafleu van Loghum eBooks*, 163–170. [https://doi.org/10.1007/978-90-313-7033-7\\_18](https://doi.org/10.1007/978-90-313-7033-7_18)
- Yu, G., & Wu, Y. (2015). Managing Awkward, Sensitive, or Delicate Topics in (Chinese) Radio Medical Consultations. *Discourse Processes*, 52(3), 201–225. doi: 10.1080/0163853x.2014.954952
- ZonMw. (z.d.). *Domein 2.2: gezamenlijke besluitvorming*. Geraadpleegd op 8 april 2023, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/domeinen/domein-2-structuur-en-proces/domein-22-gezamenlijke-besluitvorming/>

## Appendix: transcriptieconventies

Gebaseerd op Mazeland (2003), Jefferson (2004) en Sliedrecht en Van Charldorp (2011)

(1,5)	een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes
(.)	stilte korter dan 0,2 seconden
[overlap [van praten	twee gespreksdeelnemers praten in overlap met elkaar dit kan aan het begin van twee nieuwe beurten, of tijdens een beurt
.	dalend intonatieverloop aan het eind van het betreffende uitingdeel
,	licht stijgend intonatieverloop
?	sterk stijgende intonatie aan het einde van het betreffende uitingdeel (het hoeft hier niet om een vraag te gaan)
—	de onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd
e::h	de betreffende (mede-)klinker is opvallend langer dan normaal is voor deze spreker
LUID °zacht°	de in hoofdletters geschreven tekst wordt relatief luid uitgesproken relatief zacht uitgesproken uiting(sdeel)
afbre-	de spreker houdt plotseling in, en breekt de productie van een woord of uitingdeel abrupt af
↑	toonbeweging omhoog (voor de aanduiding van een lokale toonbeweging, voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep)
↓	toonbeweging omlaag
↑uiting↑	de hele uiting wordt ‘hoog’ uitgesproken
<u>Accent</u>	de onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd
Re:kken	de betreffende (mede-)klinker is opvallend langer dan ‘normaal’ voor deze spreker
>	de tekst die volgt wordt relatief sneller uitgesproken (afsluitingsteken <)
<	de tekst die volgt wordt relatief langzamer uitgesproken (afsluitingsteken >)
l(h)a(h)chend	betreffende lettergreep wordt lachend uitgesproken
.hh	duidelijk waarneembare inademing
(( <i>snuift</i> ))	karakterisering van een non-verbale activiteit, of andere opvallende verschijnselen ((hoest, kucht, huult, typt))
(iets)	de transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst
[mevrouw]	vervanging van de oorspronkelijke naam (anonimisering)