

Een pragma-dialectische analyse van medische consultatie

Roosmaryn Pilgram

Patiënten zijn niet altijd direct geneigd om de adviezen die de arts tijdens medische consultatie geeft (of redenen ervoor) te aanvaarden. Het medische advies kan bijvoorbeeld betekenen dat de patiënt zijn gedrag drastisch moet veranderen. Een belangrijke manier waarop de arts zijn advies toch aanvaardbaar kan maken, is door middel van argumentatie. In deze bijdrage betoog ik dat, om een adequate analyse en evaluatie te geven van argumentatie in medische consultatie, deze consultatie geanalyseerd dient te worden als een pragma-dialectisch communicatief actietype.

1 Inleiding

Het is in medische consultatie de taak van de arts om de patiënt te adviseren over gezondheidsgerelateerde problemen. Patiënten zullen niet altijd direct geneigd zijn om deze adviezen (of redenen ervoor) te aanvaarden; het zou zo kunnen zijn dat de patiënt zijn gedrag dan drastisch moet veranderen, dat er een terminale aandoening bij hem is geconstateerd of dat zijn symptomen juist medisch onverklaarbaar zijn. Een belangrijke manier waarop de arts twijfels bij de patiënt kan wegnemen over zijn uitspraken, is door middel van argumentatie. Een arts kan bijvoorbeeld een dieet aanbevelen met als argumentatie dat de patiënt niet adequaat reageert op insuline, waardoor het glucoseniveau in zijn bloed constant moet worden gehouden.

De medische consultatie biedt de arts niet alleen de mogelijkheid om zijn advies te ondersteunen met argumenten, maar beïnvloedt ook de manier waarop hij dit doet. De medische wetenschap is steeds complexer geworden door een toename aan kennis en behandelingsmogelijkheden, terwijl patiënten niet altijd in staat zijn volledig te begrijpen wat deze mogelijkheden inhouden. In een groot aantal landen is echter wettelijk vastgesteld dat de patiënt recht heeft op voldoende informatie over de redenen voor de gestelde diagnose of het gegeven medische advies. Ook moeten alternatieve behandelingsmogelijkheden besproken worden en dienen de potentiële gevolgen van het uitblijven van behandelen aan bod te komen. Daarnaast is er in deze landen in de wet opgenomen dat de arts de plicht heeft om, voorafgaand aan de behandeling, toestemming over de behandeling te verkrijgen van de patiënt. Met andere woorden, de arts dient gehoor te geven aan het beginsel van *informed consent*.¹ Aangezien de arts dit moet verwezenlijken binnen de beperkte tijd van een consult, kan verwacht worden dat de manier waarop hij zijn uitspraken ondersteunt significant zal verschillen van de manier waarop hij dit zou doen in, bijvoorbeeld, een informele discussie.

Om een adequate analyse en evaluatie te kunnen geven van argumentatieve gesprekken in medische consultatie zal ik in deze bijdrage betogen dat medische consultatie geanalyseerd dient te worden als een pragma-dialectisch *communicatief actietype*. In het bijzonder zal ik bespreken hoe medische consultatie het strategisch manoeuvreren van de arts en patiënt beïnvloedt.

2 Pragma-dialectische communicatieve actietypen

Om argumentatie in medische consultatie kritisch te kunnen beoordelen, moet eerst gekeken worden naar de invloed van de context op argumentatief taalgebruik. In na-

volging van Hymes (zie 1977) en Levinson (zie 1979; gereproduceerd in 1992), introduceren Van Eemeren en Houtlosser (zie 2005; 2006a; en 2006b) de term *communicatief actietype*.² Ze beschouwen dit actietype als een conventionele cultuurafhankelijke communicatiepraktijk, die in zekere mate is geïnstitutionaliseerd. Vergelijk bijvoorbeeld de communicatie in een strikt gereguleerd getuigenverhoor met het veel minder strikt gereguleerde journalistieke interview.

Ook maakt Van Eemeren (te publiceren) onderscheid tussen communicatieve actietypen en voorbeelden van communicatie binnen deze actietypen. Hij beschouwt het communicatieve actietype als – zoals de naam aanduidt – het type conventionele communicatiepraktijk (zoals ‘parlementair debat’) en het *speech event* als een uiting van dit type (zoals ‘het parlementaire debat in de Tweede Kamer over het onderzoek naar de besluitvorming rond de Nederlandse steun voor de oorlog in Irak van 3 februari 2009’).

In bepaalde communicatieve actietypen speelt argumentatie een belangrijke rol. Dit is onder andere het geval in parlementaire debatten. Het communicatieve actietype beïnvloedt dan de argumentatie van de betrokkenen. Met andere woorden, het actietype bepaalt hoe de discussiepartijen strategisch manoeuvreren (Van Eemeren & Houtlosser, 2005, p. 77; 2006a, pp. 385-386). Van Eemeren en Houtlosser bespreken vier voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in communicatieve actietypen. Om de argumentatie in een bepaald communicatief actietype systematisch te analyseren en beoordelen, is het van belang om deze voorwaarden te specificeren voor dat actietype. In de volgende paragraaf zal ik daarom een specificatie geven van de voorwaarde voor strategisch manoeuvreren in medische consultatie.

3 Medische consultatie als communicatief actietype

Voordat de voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in medische consultatie gespecificeerd kunnen worden, is het van belang om te bepalen of dit type consultatie gezien mag worden als een communicatief actietype en, zo ja, welke rol argumentatie speelt in dit actietype. Medische consultatie is een geïnstitutionaliseerde vorm van communicatie tussen een arts en een patiënt. Het vindt plaats op daarvoor aangewezen locaties (zoals huisartsenpraktijken of ziekenhuizen) en wordt sterk gereguleerd door gezondheidsgerelateerde instituties en instanties (zoals ministeries van volksgezondheid en beroepsverenigingen voor huisartsen).

Daarnaast verloopt een medische consultatie volgens een tamelijk vast stramien. Over het algemeen begint de arts met de vraag hoe het met de patiënt gaat. De patiënt introduceert bij wijze van antwoord zijn gezondheidgerelateerde probleem en vraagt de arts hierover om advies. Vervolgens onderzoekt de arts de patiënt, en geeft aan de patiënt advies op basis van dit onderzoek en zijn medische kennis. Ten Have (1991, p. 139) vat het verloop van medische consultatie als volgt samen: allereerst is er sprake van de presentatie van de klacht (*complaint presentation*), daarop volgt een verbaal en fysiek onderzoek (*verbal and physical examination*), vervolgens wordt de diagnose gesteld (*diagnosis*), de behandeling bepaald (*treatment*) en een recept voorgeschreven en/of advies gegeven (*prescription en/of advice*).

Tijdens medische consultatie zal een arts er ook op gericht eventuele spanningen en onzekerheden bij de patiënt weg te nemen door zijn advies op een geruststellende wijze te presenteren. Tuckett, Boulton, Olson en Williams (1985, p. 7) stellen bijvoorbeeld dat ‘the doctor is likely to give information to the patient not only about what he suffers, but at the same time about how it came about, what is to blame, what

will happen, and what should be done'. De medische consultatie beïnvloedt dus de communicatie tussen arts en patiënt. Een arts zal anders te werk gaan wanneer hij een gezondheidsgerelateerd probleem op een informele wijze bespreekt – bijvoorbeeld thuis met een familielid – dan wanneer hij dit doet in een consultatie. Dit geldt overigens ook voor de patiënt. We kunnen daarom medische consultatie beschouwen als een communicatief actietype: het is een conventionele cultuurafhankelijke communicatiepraktijk, die in zekere mate is geïnstitutionaliseerd.

Om vast te stellen welke uitwerking dit actietype heeft op de argumentatie van de arts en de patiënt, moet eerst een preciezere omschrijving gegeven worden van medische consultatie. Met de term 'medische consultatie' doel ik in deze bijdrage op een communicatieve interactie tussen een arts en patiënt waarin de patiënt het professionele advies van de arts wil winnen over zijn gezondheidsgerelateerd probleem, op een daarvoor bestemde locatie (zoals een huisartsenpraktijk of ziekenhuis). De consultatie heeft niet alleen betrekking op het uiteindelijke advies van de arts, maar normaalgesproken ook op zijn diagnose en soms zelfs op zijn prognose over het gezondheidsgerelateerde probleem van de patiënt.

Ondanks dat de patiënt tijdens een medische consultatie als doel heeft om advies van de arts te winnen, betekent dit niet dat hij dit advies altijd, direct en volledig aanvaardt. De enorme hoeveelheid aan medische informatie op het internet maakt het voor de patiënt bijvoorbeeld mogelijk om een aantal ideeën op te doen over zijn gezondheidsgerelateerde probleem voordat hij een arts raadpleegt. Wanneer de diagnose, de prognose en/of het advies van de arts deze ideeën tegenspreken/tegenspreekt, kan de patiënt om een verantwoording vragen.

Het is echter ook mogelijk dat de arts er simpelweg van uitgaat dat de patiënt aarzelt over het opvolgen van het medische advies. Hij kan zijn advies dan met argumenten ondersteunen, zelfs als de patiënt dit eigenlijk niet verwacht. Ook zou de arts zich vanuit een juridisch oogpunt genoodzaakt kunnen voelen om argumenten aan te voeren. Door het geven van een adequate ondersteuning van zijn advies, is het voor de arts in de praktijk namelijk mogelijk om zijn aansprakelijkheid te verkleinen. Gezien de toename in het aantal vervolgingen vanwege medische letselschade (zie Bal, 2009), kan dit een belangrijkere motivatie vormen voor de arts. Schulz en Rubinelli (2006, g.p.) stellen zelfs dat "it is probably not an exaggeration to claim that argumentation is actually the only instrument at a doctor's disposal that makes a reasoned compliance of the patient possible, where the patient takes a certain course of action advised by a doctor because s/he has understood and believes in the inner motivation behind it". Hoe dan ook, medische consultatie mag beschouwd worden als een communicatief actietype waarin argumentatie een belangrijke rol kan spelen.

4 Voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in medische consultatie

Nu is vastgesteld dat medische consultatie gezien kan worden als communicatief actietype dat zich leent voor het presenteren van argumentatie, is het mogelijk de voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in dit actietype te specificeren. Zo kan bepaald worden hoe een consultatie het argumentatieve taalgebruik van de arts en de patiënt beïnvloedt. Volgens Van Eemeren en Houtlosser (zie 2005, p. 77; 2006a, p. 384) is een combinatie van de volgende voorwaarden uniek voor elk actietype: (i) de initiële situatie die de aanleiding vormt voor het presenteren van argumentatie in het communicatieve actietype, (ii) de uitgangspunten van de discussiepartijen in dit actietype, (iii)

de argumentatieve middelen die gebruikt kunnen worden door deze partijen in dit actiotype en (iv) de mogelijke uitkomsten van discussies in dit actiotype. Het bestuderen van deze voorwaarden biedt uitkomst voor het analyseren van specifieke vormen van communicatie. Ik zal daarom deze voorwaarden uiteenzetten voor medische consultatie. Dit maakt het niet alleen mogelijk om de mogelijkheden en beperkingen die medische consultatie voor de arts en patiënt met zich meebrengt in kaart te brengen, maar ook om de specifieke deugdelijkheidscriteria op te stellen voor de evaluatie van hun argumentatie.

De (i) initiële situatie in medische consultatie is een gebrek aan overeenstemming tussen de arts en patiënt over het medische advies van de arts, of de arts anticipeert erop dat de patiënt aarzelt over het opvolgen van het medische advies. Dit (geanticipeerde) gebrek aan overeenstemming kan slechts betrekking hebben op de twijfel van de patiënt om het advies van de arts of delen daarvan (zoals de diagnose) te accepteren. Daarnaast is het mogelijk dat er sprake is van echte oppositie, dus dat de patiënt ingaat tegen (delen van) het advies van de arts. In de evaluatie moet er daarom bepaald worden of deze situaties wel daadwerkelijk tot stand hadden kunnen komen in de bestudeerde consultatie.

Of en hoe het gebrek aan overeenstemming tussen de arts en patiënt kan worden verholpen, is in handen van beide partijen. In principe kan zowel de arts als de patiënt argumentatie naar voren brengen ter ondersteuning van (of als bezwaar tegen) een bepaalde medische claim. Beiden kunnen ook (delen van) hun advies, oppositie of twijfel intrekken. Hier moet wel de kanttekening bij geplaatst worden dat medische consultatie als (ii) uitgangspunt heeft dat de arts de discussie leidt. In dit opzicht heeft de arts dus meer invloed op de manier waarop hij eventuele overeenstemming bereikt met de patiënt. Het is kenmerkend voor arts-patiëntcommunicatie dat de arts en patiënt verschillen in de mate van kennis die zij beschikken over gezondheidsgerelateerde zaken. Ondanks dat arts-patiëntcommunicatie vanaf de jaren zeventig verschuift van een paternalistische naar een meer patiëntgerichte benadering (Goodnight, 2006, p. 79; Zandbelt, 2006, p. 10), bepaalt de arts door dit kennisverschil nog steeds in grote mate hoe de consultatie verloopt. De arts moet er echter uiteindelijk voor zorgen dat de patiënt instemt met zijn voorgestelde medische advies, wat ervoor zorgt dat de patiënt de meer invloedrijke partij is bij het bepalen of er daadwerkelijk overeenkomst wordt bereikt in de consultatie.

Daarnaast beïnvloedt een aantal andere (ii) uitgangspunten de argumentatie van de arts en patiënt. Voor een systematische weergave van deze uitgangspunten komt het pragma-dialectische onderscheid tussen *procedurele* en *materiële* uitgangspunten van pas. Volgens de pragma-dialectiek kunnen gebondenheden van discussiepartijen gereconstrueerd worden als materiële uitgangspunten in een kritische discussie. De discussieregels en de verdeling van de bewijslast vormen de procedurele uitgangspunten in de discussie (Van Eemeren & Grootendorst, 2004, p. 60). De uitgangspunten die tot nu toe besproken zijn voor medische consultatie – de arts leidt de discussie en dient er uiteindelijk voor te zorgen dat de patiënt met zijn advies instemt – zijn dus voorbeelden van (impliciete) procedurele uitgangspunten.

Expliciete regels zoals het beginsel van *informed consent* (zie Art.338 van *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* uit het Burgerlijk Wetboek), kunnen ook beschouwd worden als procedurele uitgangspunten in medische consultatie. Omdat de pragma-dialectiek daarnaast ook de verdeling van de bewijslast rekent tot de procedurele uitgangspunten, moet gekeken worden naar de discussierollen die de betrokkenen op zich nemen. De bewijslastverdeling hangt immers af van het feit of

een discussiepartij de rol van protagonist of antagonist vervult. De arts heeft in medische consultatie als taak de patiënt te adviseren. Hij kan daardoor gezien worden als de protagonist in een discussie met de patiënt: zodra de arts zijn advies presenteert, neemt hij de bewijslast op zich. De patiënt vervult noodgedwongen de rol van antagonist, aangezien hij ten minste lijkt te twijfelen aan het advies van de arts.

In de praktijk kan de patiënt zich ook genoodzaakt voelen om zijn verzoek om medisch advies aan de arts te verantwoorden. Een patiënt zou bijvoorbeeld argumenten kunnen geven ter ondersteuning van het problematische karakter van het onderwerp waarover hij de arts om advies vraagt, ook kan hij beargumenteren waarom dit probleem in zijn ogen gezondheidsgerelateerd is en/of waarom hij zelf niet op een oplossing voor dit probleem heeft kunnen komen. Ondanks dat de arts vanuit professioneel oogpunt niet mag weigeren om in te gaan op het verzoek om advies van de patiënt, gaat de patiënt er in deze gevallen schijnbaar toch van uit dat de arts de noodzaak van het advies niet (geheel) inziet. Dit betekent dat de patiënt optreedt als protagonist en dat de arts als antagonist kan worden beschouwd. Een dergelijke situatie komt echter niet altijd voor en, als het al voorkomt, vormt het slechts een inleiding voor het punt van de consultatie: het advies van de arts. Volgens Goodnight (2006, p. 79) is het inderdaad het geval dat ‘doctors and patients are protagonists and antagonists. When reasons matter most, the doctor proposes, the patient disposes’.

Om hun discussierollen adequaat te kunnen vervullen, moeten de arts en patiënt overeenstemming zien te bereiken over de proposities die ze mogen gebruiken in hun argumentatie: hun materiële uitgangspunten. Ze kunnen dit ook weer op een impliciete of expliciete manier doen. Om tot een medisch advies te komen, zal een arts de patiënt bijvoorbeeld moeten onderwerpen aan een fysiek onderzoek. De resultaten van dit onderzoek kunnen uiteindelijk gebruikt worden als uitgangspunten in een discussie over het medische advies van de arts; de resultaten functioneren dan als concessies, zoals deze worden opgevat in dialectische benaderingen van argumentatie.³ Ze kunnen op deze manieren dienen als intern bewijs in de consultatie, zelfs als ze tot dan toe impliciet zijn gebleven (als in ‘Je moet echt stoppen met roken. De spirometer wijst uit dat je longcapaciteit veel te klein is’). Daarnaast zal de arts de patiënt ook ondervragen over zijn klachten. Vanuit een pragma-dialectisch oogpunt stelt de arts dan expliciete materiële uitgangspunten vast.

De arts en patiënt stellen bepaalde materiële uitgangspunten niet vast in de consultatie zelf, maar introduceren deze in de consultatie. Een duidelijk voorbeeld hiervan is medische kennis. Zo kan de arts niet alleen de patiënt inlichten over nieuwe wetenschappelijke inzichten die betrekking hebben op het gezondheidsgerelateerde probleem van de patiënt, maar kan de patiënt ook de aandacht van de arts vestigen op medische informatie afkomstig van het internet. Een ander uitgangspunt dat de arts en patiënt normaliter niet vaststellen in de consultatie, is het feit dat de arts gezien mag worden als autoriteit op het gebied van gezondheidsgerelateerde problemen van patiënten. Het is immers deze autoriteit die ervoor zorgt dat de patiënt om advies vraagt aan de arts.

Voor hun daadwerkelijke argumentatie kunnen de arts en patiënt deze materiële uitgangspunten gebruiken als hun (*iii*) argumentatieve middelen: ze kunnen argumentatie presenteren op basis van een interpretatie van concessies in termen van medische feiten en evidenties. Vanuit analytisch oogpunt is het niettemin zinvol om het onderscheid tussen materiële uitgangspunten en argumentatieve middelen te handhaven: materiële uitgangspunten worden niet altijd gebruikt als argumentatie. Als deze uitgangspunten wel deel uitmaken van de argumentatie van een discussiant, dan kan

dat bovendien geschieden aan de hand van verschillende argumentatieve middelen. Zo kan een materieel uitgangspunt bijvoorbeeld gebruikt worden in argumentatie die naar voren wordt gebracht in de vorm van een vraag, maar kan hetzelfde uitgangspunt ook gebruikt worden in argumentatie die is geformuleerd als een beweerder. In tegenstelling tot bijvoorbeeld argumentatie in onderhandeling kunnen de discussiepartijen in medische consultatie bijvoorbeeld hun uitgangspunten niet (gemakkelijk) aanpassen om argumenten kracht bij te zetten. Zodra een fysiek onderzoek bijvoorbeeld uitwijst dat de patiënt lijdt aan hypertensie, kan de patiënt dit moeilijk ontkennen om op een effectievere wijze het advies van de arts in twijfel te trekken. Verder dient de arts zijn advies altijd te baseren op medische feiten en evidenties; puur giswerk volstaat niet bij het mogelijk ernstige gezondheidsgerelateerde probleem van de patiënt.

Bij de beoordeling van argumentatie in medische consultatie is het ook van belang om rekening te houden met het feit dat de arts en patiënt strategisch manoeuvreren als onderdeel van coöperatieve conversationele interacties. Dit betekent dat de partijen in principe direct op elkaar kunnen reageren als er onduidelijkheid of onenigheid bestaat over bepaalde uitspraken. Vanwege het verschil in kennis tussen de arts en patiënt kunnen zulke reacties in de praktijk echter uitblijven. Zo tonen Van den Brink-Muinen, Van Dulmen, Schellevis en Bensing (2004, p. 35) aan dat Nederlandse patiënten vaak niet om verduidelijking vragen wanneer ze de arts niet begrijpen. Het coöperatieve karakter van de arts-patiëntcommunicatie maakt tevens dat bijvoorbeeld beleefdheidsoverwegingen een grote rol spelen. In tegenstelling tot actietypen als parlementair debat, zorgt dit ervoor dat de discussiepartijen in medische consultatie zo manoeuvreren dat ze eventueel gezichtsverlies voor de andere partij proberen te beperken.

Een argumentatieve discussie in medische consultatie kan als (iv) uitkomst een wederzijds aanvaarde overeenstemming tussen arts en patiënt hebben over de opvolging van het medische advies door de patiënt, maar het kan ook resulteren in het verwijzen van de patiënt naar een specialist en/of het verzoek van de patiënt om een *second opinion*. Als de arts zijn advies voldoende aanvaardbaar maakt voor de patiënt, zal de patiënt expliciet aangeven de intentie te hebben dit advies op te volgen. Mocht de arts hier echter niet in slagen, dan kan hij de patiënt doorverwijzen naar een specialist of kan de patiënt een *second opinion* aanvragen. Vanwege het feit dat het gezondheidsgerelateerde probleem van de patiënt ernstig zou kunnen zijn, kunnen de arts en patiënt feitelijk niet terugkeren naar de initiële situatie. Ze zouden eventueel wel weer met medische consultatie kunnen beginnen als er nieuwe uitgangspunten aan het licht komen (zoals de introductie van een alternatieve behandelmogelijkheid). De voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in medische consultatie zijn samengevat in *Tabel 1*.

Tabel 1 Voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in argumentatieve discussies in medische consultatie (gebaseerd op Van Eemeren & Houtlosser, 2006b, p. 6)

Communicatieve Actietype	(i) Initiële situatie	(ii) Uitgangspunten (Regels, Concessies)	(iii) Argumentatieve middelen	(iv) Mogelijke uitkomsten
Medische consultatie	(geanticipeerd) gebrek aan overeenstemming tussen arts en patiënt over (delen van) het advies van de arts over een gezondheidsgerelateerd probleem van de patiënt; beslis-sing aan de partijen	expliciete regels (bijv. het beginsel van <i>informed consent</i>); impliciete regels (bijv. de arts is discussieleider); expliciete concessies (bijv. door ondervraging van de patiënt); impliciete concessies (bijv. door fysiek onderzoek van de patiënt)	argumentatie die uitgaat van een interpretatie van concessies in termen van medische feiten en evidenties; onderdeel van coöperatieve conversationele interacties	wederzijds aanvaarde overeenstemming tussen arts en patiënt over de opvolging van het medische advies door de patiënt, het verwijzen van de patiënt naar een specialist en/of het verzoek van de patiënt om een <i>second opinion</i> (niet terug naar af)

5 Praktijkvoorbeeld

In deze paragraaf zal ik aan de hand van een voorbeeld in het kort laten zien hoe de medische consultatie de argumentatie van de arts en patiënt in de praktijk kan beïnvloeden. Fragment 1 bestaat uit een fragment van een kinderartsconsult, waarin de ouders (O_v = vader; O_m = moeder) van een kleuter met gedrag- en ontwikkelingsproblemen over hun kind om advies vragen aan een kinderarts (A = arts). Dit is niet de eerste keer dat de ouders een afspraak hebben bij de arts. De arts staat namelijk op het punt om ze te informeren over uitslagen van eerder onderzoek.

Fragment 1 Kinderartsconsult (voorbeeld afkomstig uit de database van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg; mijn transcriptie)

- 1 A: Uhm, [tot kind] Mathilda hè? We zouden gewoon even [tot ouders] jullie bijpraten...
- 2 O_v : Ja.
- 3 A: want ik heb natuurlijk nog wat uitslagen voor je, hier liggen in een status. En ik wil natuurlijk graag van haar wat weten. Zal ik jullie maar eerst op de hoogte stellen van de uitslagen? Uhm...
- 4 O_m : Graag.

[Arts bespreek een aantal uitslagen]

- 12 A: Er is een hele kleine aanwijzing in die stofwisseling [van het kind], maar ze [het lab] zeggen: we kunnen dat alleen maar bepalen of bekijken als we nog een aanvullend bloedonderzoek doen.
- 13 O_m: Maar dat dat niet goed zou werken of, of, hoe moet ik dat uhm...
- 14 A: Grofweg, uhm, moet u daaraan denken, dat er ergens in die stofwisseling een klein foutje zou schuilen waardoor, uhm, de problemen te verklaren valt. Maar ik moet zeggen, ik vind het ook maar een strohalmpje hoor. Ik heb niet zo van: 'Oh, nou dat is fantastisch; we hebben iets gevonden en, uhm, daar kunnen we mee uit de voeten'. Ik heb zoiets van: 'Nou, tja... het is een strohalm'. En ik heb zoiets van: nou ja, god, als je zo'n onderzoek doet, en je hebt dus al van die stappen gedaan, en als ze dat adviseren – het is wel een hele goeie club die dat nakijkt – dan zal ikzelf de neiging hebben om dat in ieder geval te doen.
- 15 O_v: Ja.
- 16 O_m: Ja.

In beurt 12 en 14 van dit fragment geeft de arts indirect het advies dat de ouders een aanvullend bloedonderzoek bij hun kind zouden moeten laten doen ('ze [het lab] zeggen: we kunnen dat alleen maar bepalen of bekijken als we nog een aanvullend bloedonderzoek doen' en 'dan zal ikzelf de neiging hebben om dat in ieder geval te doen'). Uit de redenen die de arts geeft voor dit advies in beurt 14 ('als je zo'n onderzoek doet, en je hebt dus al van die stappen gedaan, en als ze dat adviseren – het is wel een hele goeie club die dat nakijkt') blijkt dat de arts anticipeert op mogelijke aarzeling van de ouders om dit advies op te volgen – anders zou ze geen argumentatie hoeven te presenteren. We kunnen het gesprek daarom reconstrueren als een argumentatieve discussie. De arts vervult dan de rol van protagonist in deze discussie en de ouders de rol van de antagonist.

De arts heeft duidelijk de touwtjes in handen: in overeenstemming met het procedurele uitgangspunt dat de arts de discussie leidt, bepaalt ze welke onderwerpen er in welke volgorde aan bod komen. De arts lijkt zich echter te realiseren dat ze haar informatie en argumentatie niet op elke willekeurige manier kan presenteren; dat zou bijvoorbeeld onbeleefd kunnen overkomen in een coöperatieve communicatieve interactie als een medische consultatie. Ze betreft de ouders daarom op een actieve manier bij het gesprek door in beurt 3 te vragen of ze instemmen met de door haar voorgestelde gang van zaken ('Zal ik jullie maar eerst op de hoogte stellen van de uitslagen?'). Door deze vraag te stellen, kondigt de arts tegelijkertijd aan dat ze op het punt staat om gehoor te geven aan het beginsel van *informed consent*.

Opmerkelijk is dat de arts haar persoonlijke beweegredenen als argumentatief middel in de strijd gooit. Om haar advies te ondersteunen, geeft de arts aan wat zij zou doen als ze in de schoenen van de ouders zou staan. Omdat de autoriteit van de arts als materieel uitgangspunt gezien mag worden in medische consultatie, lijkt dit beroep op *ethos* een zeer effectieve manier om de ouders ervan te overtuigen dat hun kind aanvullend bloedonderzoek zou moeten ondergaan. De arts wekt hiermee immers de indruk dat dit een verstandige manier van handelen is. Echter, een voorwaarde voor strategisch manoeuvreren is in medische consultatie dat de arts een autoriteit is *op het gebied van gezondheidsgerelateerde problemen van patiënten*. De vraag rijst of de persoonlijke beweegredenen van de arts in het voorbeeldfragment ook daadwerkelijk

betrekking hebben op het gezondheidsgerelateerd probleem van de patiënt. Enerzijds heeft het afnemen van een aanvullend bloedonderzoek er alle schijn van dat het een puur medische kwestie betreft. Anderzijds is het niet de medische kennis die de arts over het gezondheidsgerelateerde probleem heeft, maar juist het gebrek aan deze kennis en haar vertrouwen in andere medische professionals dat de arts ertoe lijkt te bewegen een beroep te doen op haar *ethos*. Ze manoeuvreert strategisch door geen duidelijk onderscheid te maken tussen haar persoonlijke beweegredenen en haar autoriteit op het gebied van gezondheidsgerelateerde problemen van patiënten. Bovendien maakt ze het de ouders lastig om nog te twijfelen aan haar advies. Zouden de ouders dit toch doen, dan negeren ze niet alleen het advies van de arts, maar voeren ze ook een gezichtsbedreigende handeling uit door het persoonlijke gedrag van de arts af te keuren. De ouders rest haast geen andere keus dan het advies te aanvaarden, wat dan ook gebeurt in beurt 15 en 16.

Deze beknopte analyse laat zien dat een puur descriptieve, conversatieanalytische beschouwing van medische consultatie niet afdoende is. Een analyse op basis van aangrenzende paardelen zou bijvoorbeeld voorbij kunnen gaan aan het feit dat de arts strategisch manoeuvreert om haar dialectische doel (redelijke overeenstemming bereiken met de vertegenwoordigers van de patiënt) te verenigen met haar retorische doel (ervoor zorgen dat de vertegenwoordigers van de patiënt hoe dan ook het advies overnemen). Tevens laat de analyse zien dat ook een strikt normatieve, abstracte, logische beschouwing van medische consultatie niet afdoende is. Als de uitingen van de arts bijvoorbeeld zouden worden beoordeeld zonder daarbij de context van de consultatie in acht te nemen, zou eraan voorbij worden gegaan dat de arts strategisch manoeuvreert met verschillende vormen van autoriteit die zij niet allemaal noodzakelijkerwijze bezit.

6 Conclusie

Door medische consultatie te analyseren als een pragma-dialectisch communicatief actietype, heb ik getracht aan te tonen hoe deze consultatie de argumentatie van de arts en de patiënt beïnvloedt. Medische consultatie kan gezien worden als een communicatieve interactie tussen een arts en patiënt waarin de patiënt het professionele advies van de arts wil winnen over zijn gezondheidsgerelateerd probleem, op een daarvoor bestemde locatie (zoals een huisartsenpraktijk of ziekenhuis). Deze geïnstitutionaliseerde communicatieve praktijk bepaalt de manier waarop arts-patiëntcommunicatie verloopt.

Vanwege onder andere de groeiende medische kennis bij patiënten en professionele aansprakelijkheid van artsen, kan argumentatie een belangrijke rol spelen in medische consultatie. De arts volstaat simpelweg niet met het instrueren van de patiënt; hij dient de patiënt ook daadwerkelijk te overtuigen van zijn advies. De medische consultatie bepaalt hoe de arts dit kan doen. Omgekeerd beïnvloedt het ook de wijze waarop de patiënt gehoor kan geven aan mogelijke twijfel aan of bezwaren tegen het medische advies.

Om een adequate beoordeling van de argumentatieve discussie tussen de arts en patiënt te geven, biedt het vaststellen van de voorwaarden voor strategisch manoeuvreren in medische consultatie perspectief. Het geeft namelijk niet alleen inzicht in de mogelijkheden en beperkingen die medische consultatie met zich meebrengt voor de argumentatie van de arts en patiënt, maar kan ook gebruikt worden als basis voor een specificatie van de deugdelijkheidscriteria voor de evaluatie van deze argumentatie.

Noten

1. De EU en landen zoals Australië, Canada, Japan, Maleisië, Mexico en de VS hebben het beginsel van informed consent opgenomen in hun wetgeving of jurisprudentie.
2. In de geïntegreerde pragma-dialectische theorie wordt het ‘communicatieve actietype’ ook simpelweg ‘actietype’, ‘argumentatief actietype’ of ‘conventioneel actietype’ genoemd (zie Van Eemeren & Houtlosser 2005; 2006a; en 2006b; en Mohammed 2008).
3. Het is kenmerkend voor dialectische benaderingen tot argumentatie dat ze een standpunt als succesvol verdedigd beschouwen als deze verdediging ex concessu is verlopen. Met andere woorden, een standpunt is alleen verdedigbaar op basis van de concessies van de betrokken discussianten. Zo introduceert Hamblin (zie 1970, p.263) een commitment store van de discussianten en beschouwt dit concessieoverzicht als een noodzakelijk onderdeel van een goedfunctionerend dialectisch systeem; en dichtten Barth en Krabbe (zie 1982, pp. 56-68) de set of concessions van de discussianten vrijwel eenzelfde functie toe in hun formele dialectiek.

Literatuur

- Bal, B.S. (2009). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467, 339-347.
- Barth, E.M. & Krabbe, E.C.W. (1982). *From Axiom to Dialogue: A Philosophical Study of Logics and Argumentation*. Berlin: Springer.
- Brink-Muinen, A. van den, Dulmen, A.M. van, Schellevis, F.G. & Bensing, J.M. (2004). Oog voor communicatie: Huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL.
- Eemeren, F.H. van (te publiceren). *Strategic maneuvering in argumentative discourse*, Hfst.5.
- Eemeren, F.H. van & Grootendorst, R. (2004). *A Systematic Theory of Argumentation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eemeren, F.H. van & Houtlosser, P. (2005). Theoretical construction and argumentative reality: An analytic model of critical discussion and conventionalised types of argumentative activity. In D. Hitchcock (Ed.), *The Uses of Argument: Proceedings of a Conference at McMaster University, 18-21 May 2005* (pp. 75-84), Hamilton: OSSA.
- Eemeren, F.H. van & Houtlosser, P. (2006a). Strategic manoeuvring: A synthetic recapitulation. *Argumentation*, 20, 381-392.
- Eemeren, F.H. van & Houtlosser, P. (2006b). Strategisch manoeuvreren, het model van een kritische discussie en conventionele actietypen. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 28(1), 1-14.
- Goodnight, G.T. (2006). When reasons matter most: Pragma-dialectics and the problem of informed consent. In P. Houtlosser & A. van Rees (Eds.), *Considering Pragma-Dialectics* (pp. 75-85, H. 7), Mahwah / London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hamblin, C.L. (1970). *Fallacies*. London: Methuen.
- Have, P. ten (1991). Talk and institution: A reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. In D. Boden & D.H. Zimmerman (Eds.), *Talk in Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* (pp. 138-163). Cambridge: Polity Press.

- Hymes, D. (1977). *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. Tavistock Publications: London.
- Levinson, S.C. (1979). Activity types and language. *Linguistics*, 17(5), 365-399.
- Levinson, S.C. (1992). Activity types and language. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings* (pp. 66-100, H. 2), Cambridge: Cambridge University Press.
- Mohammed, D. (2008). Institutional insights for analysing strategic manoeuvring in the British Prime Minister's Question Time. *Argumentation*, 22, 377-393.
- Schulz, P.J. & Rubinelli, S. (2006). Healthy arguments for literacy in health. Paper presented at the 2006 Spring Symposia of the American Association for Artificial Intelligence. Geraadpleegd 30 juni 2009 op <http://www.aaai.org/Papers/Symposia/Spring/2006/SS-06-01/SS06-01-014.pdf>.
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. & Williams, A. (1985). *Meeting between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. London etc.: Tavistock Publications.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1995). Geraadpleegd 27 februari 2009 op <http://www.hulpgids.nl/wetten/wgbo-tekst.htm>.
- Zandbelt, L.C. (2006). *Patient-Centred Communication in the Medical Specialist Consultation*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.

Pilgram