



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## De derde partij in shared decision making: de rol van extra participanten in discussies tussen zorgprofessionals en patiënten

Pilgram, R.; Poppel, L. van

### Citation

Pilgram, R., & Poppel, L. van. (2021). De derde partij in shared decision making: de rol van extra participanten in discussies tussen zorgprofessionals en patiënten. *Tijdschrift Voor Taalbeheersing*, 43(2), 139-175. doi:10.5117/TVT2021.2.004.PILG

Version: Publisher's Version

License: [Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3448280>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

# De derde partij in shared decision making

*De rol van extra participanten in discussies tussen zorgprofessionals en patiënten*

Roosmaryn Pilgram en Lotte van Poppel

TVT 43 (2): 139–175

DOI: 10.5117/TVT2021.2.004.PILG

## Abstract

Regelmatig nemen patiënten een begeleider mee naar medische consulten. Het verloop van *shared decision making* (SDM) in consulten met drie partijen heeft tot nu toe echter weinig aandacht gekregen. In deze studie wordt nagegaan welke invloed de derde partij kan hebben op het beslisproces. Daartoe specificeren we de rollen die deze partij op zich kan nemen en bespreken we, vanuit een pragma-dialectisch perspectief, hoe deze rollen zich vertalen naar rollen binnen een discussie. Tot slot zetten we op basis van voorbeelden uiteen hoe deze rollen tot uiting kunnen komen in het besluitvormingsproces.

In een consult met drie partijen blijken vanuit argumentatief oogpunt twaalf complexe discussiesituaties te kunnen ontstaan, afhankelijk van de aard van het geschil, eventuele coalitievorming en de rollen die de partijen op zich nemen. In een aantal discussiesituaties kan de derde partij een actieve rol spelen en zodoende deelnemen aan het besluitvormingsproces. Alle drie partijen kunnen daarnaast anderen bij de discussie betrekken (bijvoorbeeld door hun mening te vragen) of een coalitie suggereren (bijvoorbeeld door in de wij-vorm te spreken).

Indien een derde partij een coalitie suggereert, kan dit enerzijds SDM ten goede komen, doordat de begeleider de patiënt in het besluitvormingsproces steunt. Anderzijds kan dit ook het besluitvormingsproces bemoeilijken wanneer de derde partij (bewust of onbewust) ten onrechte namens de patiënt spreekt. Op eenzelfde wijze kan een derde partij meer of minder constructieve bijdragen leveren aan de besluitvorming door standpunten of argumenten te baseren op de eigen (vermeende) expertise.

**Abstract****The third party in shared decision making. The role of extra participants in discussions between health professionals and patients**

Patients often bring along a companion to medical consultations, which ideally involve *shared decision making* (SDM). The way in which SDM proceeds in consultations with three parties has, nonetheless, so far received little attention. In this study, we analyse how the presence of a third party can affect the decision making process. To do so, we specify the roles that this party can fulfil, and discuss, using the pragma-dialectical framework, how these roles relate to discussion roles. Lastly, based on a qualitative analysis of a number of examples we illustrate how the roles that a third party could fulfil can be expressed in actual medical decision making.

From an argumentative perspective, twelve complex discussion situations could arise from the presence of three parties, depending on the nature of the disagreement, possible coalition building, and the roles that the parties fulfil. In a number of discussion situations, the third party can play an active role and thus take part in the decision making process itself. All three parties could additionally invite others to participate in the discussion (for instance, by asking for their opinion) or suggest that a coalition has been formed (for instance, by using inclusive 'we').

A third party suggesting that a coalition exists can further SDM, as the companion could thereby support the patient in the decision making process. However, this could also hinder the decision making process if the third party (consciously or unconsciously) unjustifiably speaks on behalf of the patient. In a similar vein, a third party could contribute in a more constructive or less constructive manner to the decision making process by basing standpoints or arguments on their own (supposed) expertise.

**Keywords:** argumentation theory, coalition, doctor-patient communication, patient companion, shared decision making (SDM), triadic consultation

## 1. Inleiding

In de interactie tussen patiënten en zorgprofessionals is het van groot belang dat de partijen overeenstemming bereiken over welke zorg nodig en wenselijk is voor de patiënt. Tegenwoordig vindt de besluitvorming tussen arts en patiënt idealiter plaats door middel van *shared decision making* (SDM), oftewel gedeelde besluitvorming, waarin zowel de zorgprofessional als de patiënt de nodige informatie verstrekken en in samenspraak een

bepaalde keuze maken, zoals de keuze voor een behandelplan (Stiggelbout et al., 2015). In dit proces is het van belang dat zowel de zorgprofessional als de patiënt over relevante expertise beschikt. De zorgprofessional brengt medische kennis in over onder andere het ziekteverloop en mogelijke behandelopties, en de patiënt heeft kennis over de ervaren klachten en de gevolgen daarvan voor zijn of haar leven en omgeving.

In de literatuur over gedeelde besluitvorming is tot nu toe onderbelicht gebleven dat patiënten regelmatig iemand meenemen naar een consult en er dan (minimaal) drie partijen aanwezig zijn (zie Bracher et al., 2020). De Patiëntenfederatie Nederland adviseert patiënten zelfs om iemand mee te nemen naar het gesprek met de (huis)arts. Zo'n derde partij kan het besluitvormingsproces beïnvloeden (zie Hodgson et al., 2016), mede doordat deze specifieke expertise kan inbrengen, bijvoorbeeld over de invloed van klachten of behandeling op het dagelijks functioneren van de patiënt.

De derde partij in een consult is meestal een partner, een ouder of een (volwassen) kind, buur of vriend. Daarnaast kunnen ook formele hulpverleners aanwezig zijn, zoals coassistenten, zorgcoaches en tolken. Hoewel in SDM de nadruk ligt op de interactie tussen zorgprofessionals en patiënten, omdat zij uiteindelijk tot een besluit moeten komen, kan zo'n derde aanwezige ook een grote rol spelen in het proces. Begeleiders kunnen bijvoorbeeld vragen initiëren of namens de patiënt antwoord geven op vragen van de zorgprofessional (Ekberg et al., 2015; Huber et al., 2016; Robson et al., 2013).

Bovendien heeft gedeelde besluitvorming een argumentatieve dimensie. Met name de bespreking en afweging van de verschillende opties die voorhanden zijn, kunnen als inherent argumentatief worden beschouwd. De consequenties van de participatie van een derde partij in dit proces, zijn nog onbekend. Wel zijn er aanwijzingen dat deze partij ook van invloed kan zijn op het argumentatieve deel van gedeelde besluitvorming. Zo kan de derde partij in meningsverschillen over de behandeling een positie innemen tegenover de zorgprofessional of zelfs tegenover de patiënt (Coe & Prendergast, 1985; Huber et al., 2016). Die positie zou dan gebaseerd kunnen zijn op hun kennis over bijvoorbeeld de klachten, het karakter of de leefomgeving van de patiënt.

Om meer inzicht te krijgen in het verloop van gedeelde besluitvorming met drie partijen wordt in deze studie nagegaan welke invloed derde partijen kunnen hebben op het beslisproces. We beperken ons hier tot *face-to-face* interacties en de begeleiding door partners, familie en vrienden.

Allereerst zullen we, aan de hand van eerder onderzoek op dit vlak, beschrijven welke rollen de derde partij in een consult op zich kan nemen.

Vervolgens zullen we de argumentatieve dimensie van SDM in een consult nader toelichten. Dit doen we aan de hand van de pragma-dialectische argumentatietheorie (Van Eemeren & Grootendorst, 1992). Vanuit dit perspectief kunnen consulten waarin argumentatie voorkomt, worden beschreven als argumentatieve discussies. De rollen die de partijen in een consult in kunnen nemen, worden aan de hand van dit kader ook vertaald naar rollen binnen een discussie. Tot slot zullen we aan de hand van enkele voorbeelden uit de medische praktijk illustreren hoe de onderscheiden rollen tot uiting kunnen komen in een consult. In de conclusie vatten we samen wat de consequenties van deelname van derde partijen zijn voor gedeelde besluitvorming.

## 2. Partijen en gespreksrollen in SDM

### 2.1 Verschillende partijen in consulten

De Patiëntenfederatie Nederland adviseert patiënten om een vertrouwd iemand mee te nemen naar een consult, met name als dat om belangrijke beslissingen draait. Wanneer een beslissing moet worden genomen, dient dit te gebeuren op basis van *informed consent* (zie Art.338 van *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* uit het Burgerlijk Wetboek): de zorgprofessional mag pas overgaan tot uitvoering van een medische handeling als de patiënt weet wat de handeling inhoudt, wat de voor- en nadelen zijn van deze en alternatieve behandelingen (inclusief het afzien van behandeling), en de patiënt met de handeling instemt. Een begeleider kan behulpzaam zijn in het beslisproces, bijvoorbeeld als morele support en als geheugensteun: omdat er veel informatie op een patiënt af kan komen, kan het handig zijn een begeleider te hebben die onthoudt wat er is gezegd. In een groot aantal gevallen nemen patiënten inderdaad een begeleider mee. Dit kan een betaalde zorgmedewerker zijn, maar meestal is de begeleider een naaste, zoals een partner, ouder, volwassen kind of vriend (zie Ekberg et al., 2015; Greene et al., 1994). Het percentage patiënten dat een naaste meeneemt naar een medisch consult loopt sterk uiteen en lijkt afhankelijk van onder andere het type consult en de leeftijd en fysieke gesteldheid van de patiënt (cf. Greene et al., 1994). Bij eerstelijnszorg en de polikliniek wordt bijvoorbeeld zo'n 16-25% van de patiënten begeleid door een naaste. Oudere patiënten en oncologiepatiënten nemen in wel 63-86% van de bezoeken iemand mee (Laisaar-Powell et al., 2013; Pel-Littel, 2019). Een groot deel van het onderzoek concentreert zich dan ook op consulten binnen de geriatrie en de oncologie.

Tegenwoordig vinden consulten ook steeds regelmatig plaats in de vorm van een videoconsult. De recente Covid-19-epidemie heeft deze ontwikkeling nog versneld. Om de epidemie te beteugelen, zijn veel afspraken omgezet in een telefonisch of videoconsult (Meurs et al., 2020). Bij de afspraken die wel *face-to-face* plaatsvinden wordt bovendien tijdelijk afgeraden om iemand mee te nemen. Bij een videoconsult is het veilig en ook eenvoudig voor een derde persoon, zoals een partner of kind, om het consult bij te wonen. Een derde aanwezige wordt echter niet per se als gesprekspartner opgevat, bijvoorbeeld omdat deze buiten beeld van de arts blijft of in beeld enkel toekijkt (Schipper, 2018). Omdat de digitale setting sowieso andere communicatie vergt (zie Seuren et al., 2020), roept de rol van de derde partij in videoconsulten andere vragen op. In deze bijdrage richten wij ons enkel op traditionele *face-to-face* consulten.

Bestaand onderzoek richt zich in de eerste plaats op de rol van familieleden en mantelzorgers en veel minder op de rol van betaalde zorgverleners die een patiënt begeleiden. Wel bestaat er relatief veel onderzoek naar de invloed van een formele of informele tolk op de communicatie in een consult (zie Brisset, Leanza, & Laforest, 2013; Schouten & Schinkel, 2014). In dergelijke interacties met drie personen is het door onvoldoende taalvaardigheid van de patiënt überhaupt niet mogelijk om een zelfstandig gesprek met de zorgprofessional te voeren, laat staan een discussie. Vandaar dat we de tolk als derde partij buiten beschouwing zullen laten.

## 2.2 Gespreksrollen van de derde partij

Gesprekken met drie (of meer) deelnemers verlopen anders dan gesprekken met slechts twee deelnemers. Dat komt onder andere doordat deelnemers coalities kunnen zoeken met één van de andere deelnemers (Coe & Prendergast, 1985). Zij treden dan gezamenlijk op als één partij. Rosow (1981) heeft drie mogelijkheden beschreven in consulten met oudere patiënten die werden begeleid door hun volwassen kind. In dergelijke gesprekken zouden de patiënt en het kind een coalitie kunnen vormen tegen de arts, het kind en de arts tegen de patiënt, en de patiënt en de arts tegen het kind. In die laatste situatie zou de arts zijn of haar autoriteit in kunnen zetten om de patiënt te steunen, terwijl dat in de andere coalities de positie van de patiënt juist zou kunnen ondermijnen.

Wat bij coalitievorming ook een rol speelt, is dat de begeleider van een patiënt vaak diens partner is, die ook belang kan hebben bij de uitkomst van een consult, bijvoorbeeld als behandelopties gevolgen hebben voor seksuele functies (Bracher et al., 2020; Huber et al., 2016). Ook voor andere mantelzorgers kan het uiteindelijke besluit van belang zijn, bijvoorbeeld

vanwege de emotionele impact of hun verantwoordelijkheid voor de toediening van medicijnen.

In de literatuur worden verschillende rollen beschreven die de derde partij in een consult op zich kan nemen, van meer tot minder actief. Adelman, Greene en Charon (1987) introduceren drie hoofdcategorieën, namelijk de derde persoon als passieve participant, als belangenbehartiger en als tegenstander. De tweede en de derde categorie kennen ook subrollen. De onderscheiden rollen zijn ook te herkennen in classificaties van andere auteurs, met enkele (subtiele) verschillen.

Als eerste kan een derde partij fungeren als passieve participant die nauwelijks bijdraagt aan de conversatie en weinig van de patiënt weet. Street en Gordon (2008) omschrijven zo'n derde partij als 'observer', die minder dan 40% van de bijdragen levert van patiënt en begeleider samen. Opvallend is dat betaalde zorgverleners minder actief lijken deel te nemen aan consulten dan begeleidende familieleden. Greene et al. (2014) zien aanwijzingen dat zorgverleners die een patiënt begeleiden minder onderwerpen aansnijden en minder over de patiënt praten. Zij fungeren dus eerder als 'observer'.

Ten tweede kan de derde partij optreden als belangenbehartiger, een begeleider die de patiënt actief ondersteunt. Dat kan zich uiten op drie manieren. De begeleider kan een 'activeerder' zijn die de patiënt aanmoedigt en kracht geeft. Ook kan de belangenbehartiger een verlengstuk van de patiënt zijn en optreden als vertaler of namens de patiënt vragen stellen of beantwoorden. In deze rol kan de begeleider ook aanvullende informatie verschaffen over de patiënt, bijvoorbeeld over diens klachten of medicijngebruik. Ten slotte kan een belangenbehartiger als mediator optreden tussen arts en patiënt om te zorgen voor een effectieve relatie tussen die twee (Adelman, Greene en Charon, 1987). De actieve rollen van begeleiders die Street en Gordon (2008) onderscheiden, kunnen ook als belangenbehartiging gezien worden. Begeleiders die in termen van Street en Gordon (2008) optreden als 'partner' van de patiënt zijn net zo actief in het consult als de patiënt zelf. Zogenaamde 'advocates' voeren namens de patiënt het grootste deel van het gesprek.

De derde potentiële rol van een begeleider is die van tegenstander ('antagonist'). Adelman, Greene en Charon (1987) noemen twee subcategorieën: de eerste is de saboteur, die de patiënt ondermijnt en tegenwerkt; de tweede is de opportunist, die misbruik maakt van de patiënt en/of de arts en het consult gebruikt om bijvoorbeeld het eigen medische probleem te bespreken.

Zowel voor de verschillende rollen in het consult als de coalities die worden gevormd tussen verschillende partijen geldt dat deze veranderlijk

zijn: tijdens een enkel consult kan de derde partij zich opstellen als belangenbehartiger, maar op een ander moment weer als antagonist en vormt hij of zij de ene keer een coalitie met de patiënt en de andere keer met de arts (Coe & Prendergast, 1985). Tevens kan de rol van de derde partij in het consult nadrukkelijk gethematiseerd worden. Zo kan de patiënt de derde partij expliciet introduceren als een begeleider die hem of haar waar nodig zal aanvullen. Overigens kan die derde partij in het consult daarnaast ook nog altijd rollen op zich nemen die de patiënt niet als zodanig heeft geïntroduceerd.

### 2.3 Bijdrage aan het besluitvormingsproces door de derde partij

De rol die de derde partij in een consult aan kan nemen, komt tot uiting in zijn of haar bijdragen aan het gesprek (zie Hodgson et al., 2016). Volgens Clayman et al. (2005) zullen sommige begeleiders 'autonomy-related' gedrag vertonen, wat inhoudt dat ze bijvoorbeeld vragen stellen om de patiënt te helpen begrijpen wat er aan de orde komt, dat ze de patiënt proberen te betrekken bij het consult door diens mening te vragen, of dat ze juist informatie aan de arts verschaffen. De derde partij kan zo ook expertise inbrengen die zonder diens aanwezigheid wellicht niet zou zijn meegenomen in de afweging van behandelopties, zoals de effecten van klachten of van een behandeling op het dagelijks functioneren van de patiënt. Dit soort invloedrijke gespreksbijdragen hangen vooral samen met de rol van belangenbehartiger, zoals hiervoor besproken (Ekberg et al., 2015; Huber et al., 2016; Robson et al., 2013). Zo'n actieve rol van de begeleider kan prettig zijn voor een patiënt, omdat de begeleider mogelijk de vragen kan stellen of informatie kan verschaffen waar de patiënt op dat moment niet toe in staat is (zie Laidsaar-Powell et al., 2013). Bij zeer kwetsbare patiënten kan de begeleider een grote verantwoordelijkheid op zich nemen voor de uiteindelijke beslissing over de zorg (Bragstad et al., 2014).

In sommige typen consulten ligt het nog meer voor de hand dat een beslissing samen met een partner genomen wordt, zoals bijvoorbeeld in een fertiliteitskliniek. Hodgson et al. (2016) rapporteren hoge participatie van mannelijke partners van vrouwelijke patiënten in het beslisproces over abortus bij aangeboren afwijkingen van de foetus. In dergelijke situaties heeft een beslissing natuurlijk ook directe gevolgen voor de partner.

De participatie van een derde persoon in een consult kan echter ook negatieve gevolgen hebben. Als een begeleider actief deelneemt, bijvoorbeeld als verlengstuk van de patiënt, worden bepaalde onderwerpen minder vaak aangesneden en vindt er mogelijk minder gedeelde besluitvorming plaats (Greene, Majerovitz, Adelman & Rizzo, 1994). Als begeleiders heel



dominant zijn, kunnen zij zich als primaire aanspreekpartner positioneren en de kans voor de patiënt om zich uit te spreken minimaliseren (Huber et al., 2012). Zoals hierboven al genoemd, kunnen begeleiders ook onderwerpen aansnijden die een patiënt zelf niet aansnijdt (zie Shields et al., 2005). Dit kan gunstig zijn voor het verloop van het consult, omdat zo een aanzet wordt gegeven tot de bespreking van een mogelijk belangrijk onderwerp, maar kan ook onwenselijk zijn, als de patiënt dit thema juist niet wil bespreken. Ook kunnen begeleiders in meningsverschillen over de behandeling een positie innemen tegenover de zorgprofessional of zelfs tegenover hun partner (Coe & Prendergast, 1985; Huber et al., 2016). Met name als de begeleider de rol van antagonist op zich neemt, staan de belangen van de patiënt danig op het spel.

Over de bijdrage van de derde partij aan gedeelde besluitvorming is nog weinig bekend. In een kleine studie van Shields et al. (2005) werd geen verschil vastgesteld tussen tweegesprekken en driegesprekken in de mate van *patient-centered* communicatie en de participatie van de patiënt in het besluitvormingsproces. Ook Pel-Littel et al. (2019) constateerden geen verschil in participatie tussen patiënten met en zonder begeleider. De manier waarop de participatie is gescoord in Pel-Littel et al. biedt echter weinig inzicht in de concrete gedragingen en rollen van de begeleiders. Er wordt namelijk enkel onderscheid gemaakt tussen minimale participatie van de partijen (slechts ja/nee antwoorden), responsieve participatie (waar wel inhoudelijke antwoorden worden gegeven op vragen) en actieve participatie (waar ook vragen worden gesteld en ideeën worden ingebracht). Informatie over de positionering van begeleiders ten opzichte van zorgprofessional en patiënt kan hieruit niet worden afgeleid.

Omdat de participatie niet op alle onderdelen van SDM (zoals *goal talk*, het vaststellen van het beoogde doel van de zorg) even groot was, komen Pel-Littel et al. (2019) met enkele adviezen aan zorgprofessionals om patiëntbegeleiders tot hun recht te laten komen. Zo zouden professionals kunnen aangeven hoe de begeleiders een constructieve bijdrage kunnen leveren aan het consult, zij zouden passieve begeleiders meer kunnen betrekken bij het besluitvormingsproces en zij zouden met patiënten en hun begeleiders afspraken moeten maken over de invulling van de rol van de begeleider.

Het onderzoek van Huber et al. (2016) laat ook zien hoe complex de besluitvorming kan zijn wanneer ook een partner zich actief mengt in het consult. Huber et al. richten zich specifiek op pre-operatieve consulten met patiënten met prostaatkanker en hun partners. Hierin namen partners meermaals een stevig standpunt in over de te volgen behandeling en

ontstonden er meningsverschillen bij het bespreken van voor- en nadelen van een bepaalde operatie. In deze specifieke context lijken begeleiders dus ook een belangrijke argumentatieve rol te spelen.

### 3. Argumentatie in medische consulten met drie partijen

#### 3.1 Het argumentatieve karakter van medische consultatie

Medische consulten zijn grotendeels informatief van aard. Toch kan argumentatie een belangrijke rol spelen. Patiënten zouden, ondanks dat zij de zorgprofessional bezoeken vanwege diens expertise, toch kunnen twijfelen aan diagnoses, prognoses of adviezen van die professional. Gezien de hoeveelheid beschikbare (digitale) bronnen waar patiënten uit kunnen putten, zou de patiënt bijvoorbeeld al voorafgaand aan het consult een mening kunnen hebben gevormd over de diagnose of beste behandeling die wellicht niet in lijn is met de opvatting van de zorgprofessional. In zo'n geval, ook als de patiënt het eigen standpunt misschien niet eens uit, zal de professional argumenten moeten aandragen voor zijn of haar diagnose of behandelvoorstel.

Daarnaast is argumentatie van belang voor het ideaal van SDM. Kort gezegd dienen zorgprofessionals en patiënten bij gedeelde besluitvorming gezamenlijk de stadia van het besluitvormingsproces te doorlopen, verschillende keuzemogelijkheden te bespreken en tot een besluit te komen. Juist die bespreking en afweging van keuzemogelijkheden kan gezien worden als inherent argumentatief.

Zo dienen de zorgprofessional en patiënt volgens Stiggelbout et al. (2015, p. 2) in het besluitvormingsproces de volgende vier stappen te doorlopen:

- (1) De zorgprofessional geeft aan dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening van de patiënt hierbij van belang is;
- (2) De zorgprofessional legt uit wat de behandelopties zijn en wat de voor- en nadelen zijn van die opties;
- (3) De zorgprofessional en de patiënt bespreken de voorkeuren van de patiënt en de zorgprofessional begeleidt de patiënt bij deliberatie over de opties;
- (4) De zorgprofessional en de patiënt bespreken of de patiënt een beslissing wil nemen of deze wil uitstellen, ze nemen een beslissing of stellen deze uit en ze bespreken het vervolg.<sup>1</sup>

Vooraf stap drie is vanuit argumentatief oogpunt interessant: hierin moeten de zorgprofessional en de patiënt immers niet alleen de voorkeuren van de

patiënt bespreken, maar wordt er ook verondersteld dat er sprake moet zijn van deliberatie. Al in de klassieke oudheid wordt deliberatie gekoppeld aan praktisch redeneren, waarbij argumenten voor of tegen een bepaald voorstel dienen te worden aangedragen (zie Aristoteles, *Ethica Nicomachea*).

Verschillende argumentatietheoretici zien gedeelde besluitvorming dan ook als een vorm van argumentatieve discussie (zie Van Eemeren, Garssen & Labrie, 2021; Goodnight, 2006; Labrie, 2012; Labrie & Schulz, 2014, 2015a, 2015b; Pilgram, 2015; Pilgram & Snoeck Henkemans, 2018; Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012). Snoeck Henkemans en Mohammed (2012) benadrukken dat het doel van gedeelde besluitvorming aansluit bij dat van de pragma-dialectische kritische discussie: beide zijn erop gericht om een verschil van mening op te lossen door de aanvaardbaarheid van een standpunt kritisch te toetsen.

Tijdens SDM kan er een argumentatieve discussie ontstaan over (onderdelen van) de diagnose, het behandelplan, de prognose en zelfs procedurele zaken als het maken van een vervolgspraak. Hierbij moet opgemerkt worden dat we de term ‘discussie’ in de pragma-dialectische zin gebruiken, waarbij er sprake is van een verschil van mening tussen de protagonist en de antagonist van een bepaald standpunt (Van Eemeren & Grootendorst, 1992). In principe kan elk type taalhandeling dat in een consult wordt uitgevoerd, van feitelijke bewering tot advies, als standpunt fungeren wanneer een andere partij de uiting niet (direct) aanvaardbaar vindt. Een meningsverschil hoeft echter niet expliciet tot uiting te komen. Het kan ook voorkomen dat een partij enkel anticipeert op tegenspraak of twijfel, en daarom bij voorbaat argumentatie presenteert (zoals in feite gebeurt in veel monologische argumentatieve teksten). Ook zulke situaties kunnen gereconstrueerd worden als een argumentatieve discussie (Van Eemeren & Grootendorst, 1992).

Niet alle medische consulten kunnen worden opgevat als argumentatieve discussies. In het geval dat de zorgprofessional, patiënt en eventuele derde partij het met elkaar eens zijn, is er geen sprake van een meningsverschil. In die situatie is er geen noodzaak om argumentatie aan te dragen en is er ook geen sprake van een discussie. Zodra er echter argumentatie wordt gepresenteerd, kan dit gereconstrueerd worden als onderdeel van een argumentatieve discussie. Immers, het aandragen van argumentatie is alleen functioneel als er een verschil van mening opgelost moet worden of daarop geanticipeerd wordt.

Wanneer een situatie wel opgevat kan worden als discussie, kunnen er verschillende typen verschillen van mening onderscheiden worden. Als een partij enkel twijfelt, bijvoorbeeld over het advies van de zorgprofessional

(‘Ik weet niet of ik medicijnen wil’), kan de situatie opgevat worden als een ‘niet-gemengd’ geschil. In een niet-gemengd geschil heeft de ene partij de rol van protagonist, die bewijslast heeft voor een standpunt, en de andere partij de rol van twijfelende antagonist. Een partij kan behalve twijfelen ook een eigen standpunt innemen. Zo kan een zorgprofessional een bepaalde behandeling aanraden (‘Je kunt het beste een inhaler gebruiken’) en kan de patiënt daartegen ingaan met een alternatief voorstel (‘Ik dacht dat ik misschien wel een antibioticakuur kon krijgen’). Er is dan sprake van een ‘gemengd’ geschil tussen de zorgprofessional en patiënt, waarin beiden als protagonist voor hun eigen standpunt optreden en daarnaast als antagonist van het standpunt van de ander.

### 3.2 Medische consultatie als communicatief actietype

De context waarin het medische consult plaatsheeft, is sterk van invloed op de communicatie en de mogelijke discussie in het consult. Zo verloopt een consult doorgaans volgens een tamelijk vast stramien: over het algemeen vraagt de zorgprofessional naar de gezondheidstoestand van de patiënt, vervolgens introduceert de patiënt zijn of haar gezondheidsprobleem, dan volgt er een bespreking van keuzemogelijkheden, en tot slot komen de partijen idealiter door middel van deliberatie tot een beslissing over het gezondheidsprobleem. In dit stramien is het de zorgprofessional die het gesprek in goede banen moet leiden (Pilgram, 2009; 2015).

Vanwege het gereguleerde format van een consult, kan het gezien worden als een specifiek communicatief actietype dat door de geldende institutionele vereisten, sterk is geconventionaliseerd (Van Eemeren, 2010; Pilgram, 2009; 2015). Wanneer in een communicatief actietype ook argumentatieve discussies plaatsvinden, kan de praktijk argumentatief gekarakteriseerd worden op basis van: (i) de initiële situatie die de aanleiding vormt voor de discussie in het actietype, (ii) de uitgangspunten van de discussiepartijen, (iii) de argumentatieve middelen die gebruikt kunnen worden door deze partijen en (iv) de mogelijke uitkomsten van discussies in dit actietype (Van Eemeren, 2010, p. 146).<sup>2</sup>

In de literatuur wordt de invloed van het actietype van medische consultatie uitsluitend in kaart gebracht voor discussies tussen zorgprofessional en patiënt (Bigi, 2018; Pilgram, 2009; 2015); een eventuele derde (of vierde, etc.) partij wordt hierbij buiten beschouwing gelaten. Ook de derde partij kan zich echter mengen in de discussie tussen zorgprofessional en patiënt. Zo’n argumentatieve discussie met meer dan twee partijen wordt ook wel een *polylogue* genoemd (Lewinski & Aakhus, 2014). In dit artikel zullen we

een eventuele derde partij dan ook meenemen in de argumentatieve karakterisering van het actietype.

Voor medische consultatie komt dat neer op het volgende. De (i) initiële situatie in een argumentatieve discussie tussen de zorgprofessional, patiënt en eventuele derde partij is een gebrek aan overeenstemming over een keuze over de beoordeling of de aanpak van het gezondheidsprobleem van de patiënt. Deze keuze kan een kleinere of een grotere impact hebben op de patiënt (vergelijk ‘volgende keer een e-consult proberen?’ met ‘stoppen met chemo?’).

Zeker in medische consulten blijft het niet bij de constatering dat er een gebrek aan overeenstemming is; de partijen zijn er allen bij gebaat dat er uiteindelijk een besluit komt door middel van deliberatie. Een meningsverschil hoeft niet expliciet tot uiting te komen, maar ook als eventuele twijfel niet wordt geuit, zal een zorgprofessional wel expliciete instemming nastreven. Hierbij moet rekening gehouden worden met (ii) de procedurele en materiële uitgangspunten, de ‘*common ground*’, die de basis vormen voor argumentatieve discussies in medische consulten. Procedurele uitgangspunten betreffen de manier waarop de discussie gevoerd wordt, zoals de tijd waarbinnen deze moet plaatsvinden. Voor een huisartsconsult staat bijvoorbeeld rond de tien minuten (zie Pilgram, 2015, p. 78), onafhankelijk van de aanwezigheid van een derde partij (Laisaar-Powell et al., 2013). Tevens zijn er wettelijke verplichtingen van toepassing, zoals het beginsel van *informed consent*.

Daarnaast is het ook aan de zorgprofessional om het ideaal van gedeelde besluitvorming te implementeren (zie de vier stappen van Stiggelbout et al., 2015). Het is daarom niet verwonderlijk dat de zorgprofessional een leidende rol vervult in de discussie. Hierin is het gangbaar, maar niet per se noodzakelijk, dat de zorgprofessional optreedt als protagonist en de patiënt als antagonist. Aan een medisch consult ligt immers een asymmetrie in medische expertise tussen de patiënt en zorgprofessional ten grondslag: de patiënt komt bij de professional vanwege diens expertise op het gebied van een medisch probleem dat de patiënt zelf niet direct kan oplossen (Pilgram, 2015). Daarom kan de professional voorstellen doen. Een eventuele derde partij hoeft niet bij voorbaat een bepaalde discussierol op zich te nemen. In paragraaf 3.3 zullen we hier uitgebreid op ingaan.

De materiële uitgangspunten in een discussie bestaan uit de feiten en overtuigingen waar de partijen het in principe over eens zijn en die de basis vormen voor de argumentatieve uitwisseling. Voor een discussie in medische consultatie is het van belang dat die uitgangspunten ingebracht kunnen worden door alle partijen. Daarom moet zowel de zorgprofessional als

de patiënt worden gezien als expert die vanuit het eigen expertisegebied uitgangspunten kan inbrengen: de één op het gebied van medische kennis over symptomen en behandelingen, en de ander op het gebied van de eigen ervaring met klachten en gevolgen voor het eigen functioneren en omgeving. Een derde partij heeft daarnaast weer andere kennis die kan fungeren als uitgangspunt in een discussie. In een polylogische discussie worden de uitgangspunten wellicht niet door alle partijen gedeeld. Daarom kun je volgens Lewinski en Aakhus (2014) een onderscheid maken tussen een globale *common ground*, die alle partijen delen, en meerdere lokale *common grounds*, die (in het geval van drie partijen) slechts door twee van de drie gedeeld worden. Als er enkel sprake is van lokale *common ground*, wordt het oplossen van het meningsverschil zeer moeilijk, als niet onmogelijk.

Het oplossen van het meningsverschil zou idealiter gebaseerd moeten zijn op de medische mogelijkheden die er zijn voor het specifieke gezondheidsprobleem en de wensen van de patiënt. De (iii) argumentatieve middelen die in deze discussie voorhanden zijn, hebben dan ook te maken met enerzijds medische feiten en evidenties, en anderzijds de ervaringen en voorkeuren van de patiënt. Wanneer er medisch gezien echter een duidelijke voorkeur is voor een bepaalde behandeling, kan deze de doorslag geven en is er een minder grote rol weggelegd voor de ervaringen en voorkeuren van de patiënt. Deze situaties worden in de medische literatuur ietwat misleidend 'effective care'-situaties genoemd (zie Elwyn et al., 2009). Zijn de behandelingsmogelijkheden vanuit medisch oogpunt gelijkwaardig, dan zijn de ervaringen en wensen van de patiënt doorslaggevend. Er is dan sprake van zogenaamde 'preference-sensitive care' (zie Elwyn et al., 2009). Een derde partij kan tevens argumentatie baseren op zijn of haar specifieke expertise. Als de derde partij een zorgprofessional is, kan deze vanuit het eigen specialisme of werkveld kennis inbrengen. Een begeleider die partner of familielid is, heeft mogelijk relevante kennis over de ernst en duur van klachten, dagelijkse routines en gemoedsrust van de patiënt, en de therapeutrouwheid van deze patiënt.

Idealiter wordt het gebrek aan overeenstemming tussen de zorgprofessional, patiënt en eventuele derde partij gedurende het consult opgelost doordat de partijen hetzelfde standpunt innemen. In discussies over behandelingsmogelijkheden dient de patiënt overeenstemming met de zorgprofessional expliciet te uiten, anders kan niet vastgesteld worden of er sprake is van *informed consent*. Wanneer de derde partij als belangenbehartiger van de patiënt optreedt, zou deze partij ook degene kunnen zijn die de uiteindelijke beslissing expliciet neemt. Overeenstemming is echter niet de enige (iv) mogelijke uitkomst. Zo kan een behandelingsbeslissing

over de duur van meerdere consulten genomen worden, kan een patiënt doorverwezen worden naar een specialist, of kan hij of zij om een *second opinion* vragen.<sup>3</sup>

### 3.3 Argumentatieve rollen van de derde partij

Eventuele derde partijen in het consult kunnen een rol spelen in argumentatieve interacties in een medisch consult. Zo kan een partner het standpunt van de patiënt ondersteunen (of juist afvallen), zodat de derde partij en de patiënt (of zorgprofessional) feitelijk één discussiepartij vormen. Daarnaast is het mogelijk dat er extra verschillen van mening ontstaan tussen de derde partij en enkel de zorgprofessional of de patiënt. Meningsverschillen waarbij de derde partij een argumentatieve rol op zich neemt, zijn interessant vanuit het idee dat een medisch consult gezien kan worden als een 'meeting between experts'. In feite is in elk consult de zorgprofessional de medische expert en de patiënt ervaringsdeskundige (Tucket et al., 1985).<sup>4</sup> De derde partij heeft, institutioneel gezien, echter niet per se een bepaalde expertise. Hoe kan de derde partij zich dan in de discussie positioneren?

Om deze vraag te beantwoorden is het allereerst van belang om vast te stellen of de interactie kan worden opgevat als een argumentatieve discussie tussen de zorgprofessional en de patiënt, en de derde partij zich in deze discussie mengt, of dat men enkel de interactie tussen de andere partijen onderling (zorgprofessional vs. derde partij, of derde partij vs. patiënt) als een discussie kan zien. In het eerste geval, waarbij de derde partij zich in de discussie tussen zorgprofessional en patiënt mengt, bijvoorbeeld in de rol van belangenbehartiger of 'advocate', gelden namelijk grotendeels dezelfde regels en conventies die van toepassing zijn op een argumentatieve discussie tussen de zorgprofessional en de patiënt waarin de derde partij zich niet mengt. Zo moet de zorgprofessional zich, ten opzichte van de patiënt, nog steeds houden aan het juridische vereiste van *informed consent* en zal de zorgprofessional wellicht ook pogen om met de patiënt tot gedeelde besluitvorming te komen. Een verschil is echter wel dat de argumentatieve rolverdeling in dit soort situaties anders is dan in situaties waarin de derde partij zich niet mengt.

In het geval dat er een discussie ontstaat tussen de zorgprofessional en de derde partij, of tussen de derde partij en de patiënt, zijn de uitgangspunten die gelden in discussies tussen alleen de zorgprofessional en de patiënt niet direct meer van toepassing. Zo hoeft een zorgprofessional niet expliciet van een derde partij te horen dat deze instemt met een bepaalde behandeling of met deze partij een gedeeld besluitvormingsproces te doorlopen. Het is niettemin waarschijnlijk dat dit soort interacties in dienst staan van

de besluitvorming tussen de zorgprofessional en de patiënt, bijvoorbeeld door helderder voor ogen te krijgen wat de consequenties van een bepaalde diagnose zijn of welke voorkeuren de patiënt precies heeft. Deze interacties kunnen daarom opgevat worden als sub-discussies bij een hoofdgeschil tussen de zorgprofessional en patiënt.<sup>5</sup>

In het geval van een discussie tussen een zorgprofessional en patiënt waarin een derde partij zich mengt, is er een tweede punt om rekening mee te houden: de discussiesituatie waarvan sprake is. Met de term ‘discussiesituatie’ bedoelen we de combinatie van het type geschil tussen de betrokken partijen

**Tabel 1** Theoretisch mogelijke discussiesituaties voor geschillen tussen drie partijen in medische consultatie

Type meningsverschil	Coalities	Nr.	Protagonist	Antagonist: twijfel	Antagonist: tegenstandpunt
Niet-gemengde meningsverschillen	<i>Geen coalitie</i>	1	Zorgprofessional	Patiënt en 3e partij	-
		2	Patiënt	Zorgprofessional en 3e partij	-
		3	3e partij	Zorgprofessional en patiënt	-
	<i>Mogelijke coalities</i>	4	Zorgprofessional en patiënt	3e partij	-
		5	Zorgprofessional en 3e partij	Patiënt	-
		6	Patiënt en 3e partij	Zorgprofessional	-
Gemengde meningsverschillen	<i>Mogelijke coalities</i>	7a	Zorgprofessional	-	Patiënt en 3e partij
		b	Patiënt en 3e partij	-	Zorgprofessional
		8a	Patiënt	-	Zorgprofessional en 3e partij
		b	Zorgprofessional en 3e partij	-	Patiënt
		9a	3e partij	-	Zorgprofessional en patiënt
		b	Zorgprofessional en patiënt	-	3e partij
Combinatie van gemengde en niet-gemengde meningsverschillen	<i>Geen coalities</i>	10a	Zorgprofessional	3e partij	Patiënt
		b	Patiënt	3e partij	Zorgprofessional
		11a	Zorgprofessional	Patiënt	3e partij
		b	3e partij	Patiënt	Zorgprofessional
		12a	3e partij	Zorgprofessional	Patiënt
		b	Patiënt	Zorgprofessional	3e partij



(niet-gemengd, gemengd of een combinatie van beide), de positie die de partijen innemen (protagonist of antagonist), en eventuele coalitievorming (geen coalitie of mogelijke coalitie).<sup>6</sup> Vanuit theoretisch oogpunt kunnen twaalf verschillende discussiesituaties worden onderscheiden voor geschillen tussen zorgprofessionals, patiënten en derde partijen (zie *Tabel 1*).

De minst complexe discussiesituaties vormen situaties 1 t/m 3. In deze discussiesituaties is er slechts sprake van een niet-gemengd geschil, waarbij er geen enkele vorm van coalitievorming optreedt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een arts die een behandelvoorstel doet en een patiënt en derde partij die simpelweg vragen waarom de arts dit voorstel doet (discussiesituatie 1). Zoals eerder aangegeven verschillen discussiesituaties 1 en 2 relatief weinig van discussies binnen consulten tussen enkel de zorgprofessional en de patiënt. In situatie 1 en 2 gelden vrijwel alle uitgangspunten en mogelijke argumentatieve middelen die ook in consulten met slechts twee partijen gelden (met als uitzondering dat de discussierol van twijfelende antagonist in situaties 1 en 2 ook is weggelegd voor de derde partij).

Daarentegen wijkt discussiesituatie 3 sterk af van consulten tussen enkel de zorgprofessional en de patiënt. In situatie 3 treedt de derde partij op als protagonist van een standpunt, terwijl de patiënt en zorgprofessional dit standpunt in twijfel trekken. Deze situatie correspondeert niet één-op-één met de rollen die in de bestaande literatuur worden toegekend aan de derde partij (zie paragraaf 2.2). De door Adelman, Greene en Charon (1987) onderscheiden 'opportunist' zou echter wel voor een dergelijke discussiesituatie kunnen zorgen wanneer deze een standpunt inneemt over het eigen gezondheidsprobleem en de zorgprofessional en patiënt (wellicht met stomheid geslagen) slechts de positie van twijfelende antagonist op zich nemen. Dit hoeft echter niet het geval te zijn: de zorgprofessional en patiënt kunnen bijvoorbeeld evenzeer tegen de opportunistische derde partij ingaan. In dat geval is er sprake van een gemengd geschil, specifiek in de vorm van discussiesituatie 9a.

Het feit dat er sprake is van een polylogische interactie wanneer een derde partij deelneemt, is pas echt goed zichtbaar in discussiesituaties 4 t/m 12. Deze situaties zijn complexer dan de eerste drie, omdat betrokken partijen een coalitie vormen of omdat er tussen de verschillende partijen onderling andere typen meningsverschillen zijn. Discussiesituaties 4 t/m 9 illustreren de theoretisch mogelijke coalities. Zo kan de derde partij als 'advocate' van de patiënt optreden en samen met de patiënt ingaan tegen een behandelplan van de arts (discussiesituatie 7a), of kunnen de derde partij en patiënt juist gezamenlijk een alternatief plan voorstellen (7b).<sup>7</sup>

Discussiesituaties 10 t/m 12 geven de mogelijke onderlinge verschillen van mening tussen de drie partijen weer. Het is namelijk goed mogelijk

dat twee van de partijen onderling een gemengd geschil hebben, terwijl de overige partij aan de standpunten van die partijen twijfelt en dus een niet-gemengd geschil heeft met die partijen. Een voorbeeld van deze situatie is een discussie tussen een arts die een behandelvoorstel doet, een derde partij die dit geen goed idee vindt en er tegenin gaat en een patiënt die nog geen mening heeft gevormd. In deze situatie hebben de zorgprofessional en derde partij een gemengd verschil van mening, en treedt de patiënt op als twijfelende antagonist in een niet-gemengd geschil ten opzichte van de professional en derde partij (discussiesituatie 11a).

Om de consequenties van de verschillende discussiesituaties volledig te kunnen analyseren, is tevens een derde vraag van belang: vanuit welke expertise voert de derde partij de discussie? Bij een gemengd geschil tussen de zorgprofessional en patiënt, waarbij de derde partij zich voegt bij de positie van de zorgprofessional (discussiesituatie 8), maakt het nogal wat uit of deze derde partij een medisch expert is (zoals een verpleegkundige) of niet (zoals een niet-medisch geschoolde partner). In het eerste geval moet de patiënt sterker in de schoenen staan, vanwege de vergrote asymmetrie in medische expertise tussen de discussiepartijen. Dit is niet alleen relevant voor discussies tussen de zorgprofessional en patiënt waarin de derde partij zich mengt, maar ook voor sub-discussies tussen zorgprofessional en derde partij, en derde partij en patiënt. Als de derde partij in dit laatste geval (dus in een sub-discussie met de patiënt) ook vanuit zijn of haar medische expertise deelneemt, is de discussie vergelijkbaar met die tussen slechts de zorgprofessional en patiënt. Heeft deze derde partij echter een sub-discussie met de zorgprofessional, dan kan dit juist de vorm aannemen van een vakdiscussie tussen professionals.

Kortom, om discussies in medische consulten met een derde partij adequaat te beschrijven, kunnen de volgende drie zaken in kaart worden gebracht: (1) of de derde partij zich mengt in een discussie tussen de zorgprofessional en patiënt of afzonderlijk met deze partijen in discussie gaat, (2) van welke discussiesituatie er sprake is, en (3) vanuit welke expertise de derde partij de discussie voert.

## 4. De argumentatieve rol van de derde partij in de medische praktijk

### 4.1 Werkwijze

Nu de argumentatieve consequenties van de aanwezigheid van een derde partij vanuit theoretisch oogpunt zijn besproken, zullen we nagaan hoe deze zich in medische praktijk manifesteren. Daartoe maken we gebruik

van fragmenten uit verschillende medische consulten, variërend van vervolgspraken tot slechtnieuwsgesprekken.

De fragmenten zijn geselecteerd uit corpora met consulten die drie studenten hebben getranscribeerd voor hun MA-scriptie Communicatiekunde (Kelmendi, 2019) en Communicatie en Educatie (Den Hartog, 2019) aan de Rijksuniversiteit Groningen en Linguistics (Baatenburg de Jong, 2018) aan de Universiteit Leiden.<sup>8</sup> De fragmenten zijn geselecteerd op basis van de aanwezigheid van een begeleider en de aanwezigheid van een argumentatieve interactie. Ondanks dat deze gesprekken qua medisch specialisme, onderwerp en ernst uiteenlopen, is de gemene deler dat ze kunnen worden opgevat als een argumentatieve discussie tussen een zorgprofessional, patiënt en derde partij: één of meerdere partijen reageren op twijfel of tegenstand (of anticiperen daarop) door argumenten naar voren te brengen ter ondersteuning van een standpunt. Uit de fragmenten van argumentatieve consulten waarin een derde partij aanwezig was, hebben we vervolgens vier voorbeelden geselecteerd die vier van de in *Tabel 1* onderscheiden discussiesituaties laten zien.

Het doel van de analyses is driedig. We willen ten eerste met onze analyses enkele theoretisch onderscheiden argumentatieve rollen van de derde partij in de praktijk illustreren. Daarnaast pogen we vast te stellen wat voor expertise de partijen inbrengen in hun argumentatieve rollen. En tot slot gaan we na welke consequenties die rollen en de ingebrachte expertise voor het besluitvormingsproces kunnen hebben.<sup>9</sup>

In de fragmentanalyses zullen we steeds dezelfde drie stappen doorlopen. Allereerst zal aan de hand van een pragma-dialectische reconstructie het verschil van mening worden vastgesteld. Vervolgens wordt nagegaan welke discussierollen de betrokken partijen op zich nemen. Dan gaan we na welke rol medische of persoonlijke expertise speelt in het (veronderstelde) meningsverschil. Tot slot zullen de gevolgen van de rolverdeling en het beroep op expertise voor het besluitvormingsproces in kaart worden gebracht. Trekt de derde partij bijvoorbeeld met zijn of haar argumentatieve positionering de medische expertise van de zorgprofessional of de ervaringsdeskundigheid van de patiënt in twijfel? Dient de zorgprofessional door de argumentatieve rol van de derde partij deze ook bij het besluitvormingsproces te betrekken? Het in kaart brengen van deze zaken biedt inzicht in de discussiemogelijkheden en -beperkingen die ontstaan door de aanwezigheid van een derde partij.

#### 4.2 Niet-gemengd geschil, geen coalitie

Zoals in paragraaf 3.2 besproken, neemt de zorgprofessional de rol van protagonist op zich als hij of zij een behandeling voorstelt en deze

ondersteunt door middel van argumentatie. Dit is het geval in *fragment 1*, waarbij een arts in gesprek is met een patiënt over de behandeling van een wond. De patiënt wordt in dit consult vergezeld door een begeleider. Het fragment start direct nadat de arts lichamelijk onderzoek heeft verricht bij de patiënt.

In de allereerste beurt doet de arts zijn behandelvoorstel: hij stelt voor om de patiënt antibiotica te geven voor diens wond ('Ik ga u een beetje antibiotica geven'). Zoals Kelmendi (2019) vaststelt, wordt dit voorstel met hoge deontische stance naar voren gebracht, waardoor de beslissing voornamelijk bij de arts lijkt te liggen. Na het voorstel valt een stilte, terwijl dit een relevante plaats is voor de patiënt en begeleider om te reageren, bij voorkeur met een instemming met het voorstel. Stivers (2005) stelt dat artsen aansturen op acceptatie van hun behandelvoorstellen en dat zij het uitblijven van acceptatie zodoende opvatten als passieve weerstand.

Na een korte vraag over een eerdere medische ingreep, herhaalt de arts zijn voorstel, maar voegt hier nu aan toe dat dit 'voor de zekerheid' is (regel 5). Een dergelijke toevoeging kan worden opgevat als een manier om toch het voorstel geaccepteerd te krijgen (Stivers, 2005). Vanuit pragma-dialectisch perspectief kan zo'n uiting opgevat worden als een argument dat naar voren wordt gebracht vanwege verwachte twijfel van de patiënt. We kunnen het consult daarom reconstrueren als een argumentatieve discussie over het voorstel om de patiënt antibiotica te geven.

Ook uit regels 6 en 7 ('Voor eh' en 'Voor- u u bent bang dat er een infectie komt') kan opgemaakt worden dat de patiënt en begeleider niet meteen instemmen met het voorstel van de arts; ze willen eerst weten waarom hij antibiotica voorstelt (is antibiotica geven echt noodzakelijk?). De arts bevestigt vervolgens in regel 9 de gesuggereerde reden voor zijn voorstel ('ja dat kan ja ja'). Aangezien het voorstel niet direct wordt geaccepteerd en de arts anticipeert op twijfel, kun je vanuit pragma-dialectisch oogpunt spreken van een impliciet meningsverschil. De patiënt en de begeleider nemen echter geen tegengesteld standpunt in. Er is dus sprake van een niet-gemengd geschil tussen de arts als protagonist, en de patiënt en begeleider als twijfelende antagonist (discussiesituatie 1 uit *Tabel 1*).

Opvallend is dat bij het vragen naar de reden voor het behandelvoorstel van de arts, de patiënt en begeleider tegelijk spreken en de begeleider de beurt overneemt van de patiënt. De begeleider lijkt zo ook namens de patiënt te spreken, want de patiënt corrigeert de begeleider niet en vult deze ook niet aan, terwijl hij daar door de pauze in regel 8 wel

de mogelijkheid toe heeft. Overigens is dit nog niet genoeg reden om de patiënt en begeleider ook op te vatten als coalitie, omdat ze verder geen gezamenlijke argumenten aandragen; het blijft voor hen slechts bij het tonen van passieve weerstand, wat wij opvatten als twijfel aan het voorstel.

In reactie op het uitblijven van acceptatie lijkt de arts zijn standpunt wat bij te stellen. In regel 11 stelt hij: 'Alleen eh ja je je zou het- je zou het nog wel even af kunnen wachten eventueel hoor, want eh (.).' De arts ondersteunt het idee om af te wachten niet verder, terwijl hij met de argumentatieve indicator 'want' wel het idee geeft dat in eerste instantie te willen doen (zie Van Eemeren, Houtlosser & Snoeck Henkemans, 2005). Bovendien vervolgt de arts zijn uiting met het tegenargument 'maar we zijn soms een beetje op onze hoede dan [als we afwachten]' (regel 11), wat zijn oorspronkelijk voorstel ondersteunt. Opvallend is dat de arts zijn voorstel niet alleen ondersteunt door te stellen dat hijzelf het zekere voor het onzekere wil nemen, maar dat 'we' dat soms doen. Met dit gebruik van exclusief-wij doet de arts een beroep op de autoriteit van hemzelf en andere artsen als medische experts (ze weten immers dat het fout kan gaan) en als ervaringsdeskundigen (ze zijn immers 'soms' op hun hoede, wat impliceert dat ze ervaring hebben met dit soort gevallen). Het kan strategisch zijn om op deze wijze in te gaan tegen de gezamenlijke twijfel van de patiënt en begeleider, aangezien de arts in het consult fysiek in de minderheid is en zo toch ogenschijnlijk medestanders creëert.

**Fragment 1 Medisch consult tussen een arts (A), patiënt (P) en begeleider (B) over de genezing van de wond van de patiënt (Kelmendi, 2019, bijlage)**

- 1 A Ik ga u een beetje antibiotica geven  
2 (1.5)  
3 A Is bij u bekkenbot weggehaald?  
4 P Nee  
5 A Nee. (.) Ik ehm ik ga u een beetje antibiotica geven (.) voor de zekerheid  
6 P [Voor eh  
7 B [Voor- u u bent bang dat er een infectie komt  
8 (1.0)  
9 A Ja dat kan ja ja eh zo ziet het er verder gelukkig niet uit, de wond is mooi aan het genezen, maar ik be:n- en d'r is net verband afgegaan,  
10 P Ja  
11 A Alleen eh ja je je zou het- je zou het nog wel even af kunnen wachten eventueel hoor, want eh (.) maar we zijn soms een beetje op onze hoede dan  
12 P Ja  
13 A He en dan dan eh kiezen we soms een beetje voor de- voor voor d:e zekerheid eh boven onzekerheid

### 4.3 Gemengd geschil, geen coalitie

In tegenstelling tot de situatie waarin strategisch tegenwicht wordt geboden aan de patiënt en derde partij, kan er omgekeerd ook strategisch een coalitie gesuggereerd worden tussen de patiënt en derde partij om een uiting kracht bij te zetten. In *fragment 2* lijkt de begeleider van een patiënt met klachten aan de hand dit te doen in een argumentatieve uitwisseling met de arts.

*Fragment 2* begint direct nadat de patiënt heeft aangegeven last te hebben van zijn pink en ringvinger; die tintelen zo erg dat hij er 's nachts wakker van ligt. De arts stelt daarom voor een operatie aan de hand te overwegen (regels 1-12). In reactie op dit voorstel uit de begeleider (de partner van de patiënt) haar zorgen door te zeggen: 'Ja nou daar zitten we eigenlijk wel mee van he' (regel 13). Ze vervolgt deze uiting door naar collega's te verwijzen met dezelfde klachten als haar man die meerdere keren soortgelijke operaties hebben ondergaan (regel 15-16). Ze stelt dat die collega's 'twee drie keer' zijn geopereerd, wat impliceert dat dergelijke operaties niet direct slagen. Bovendien breekt ze haar beurt af na 'maar' (regel 16), wat ook een negatief vervolg suggereert. Zo kan uit de uiting worden afgeleid dat de operaties van haar collega's niet al te succesvol zijn verlopen. De arts lijkt de uiting van de begeleider inderdaad op die manier te interpreteren en tracht deze aanname in regels 17 en 19 te ontkrachten door aan te geven dat meerdere operaties een uitzondering zijn en door op het succes van zulke operaties te wijzen ('die operatie is in 85 van de 100 gevallen succesvol'). De zorgen van de begeleider zijn hier dus gebaseerd op (veronderstelde) medische kennis gebaseerd op ervaringen (van anderen) die door de daadwerkelijke expert vervolgens wordt gecorrigeerd. Op deze manier tracht de arts de patiënt en zijn partner tevens gerust te stellen.

De argumentatieve situatie in het begin van het fragment kan worden opgevat als een gemengd verschil van mening tussen de arts als protagonist en de derde partij als antagonist: de arts stelt voor om een operatie te overwegen en de begeleider wijst dit niet expliciet af, maar geeft wel aan hier negatief tegenover te staan. Je zou de uitingen van de begeleider ook slechts als twijfel kunnen opvatten, maar omdat deze partij beargumenteert waarom ze zo'n operatie niet zo zien zitten, lijkt er toch eerder sprake te zijn van daadwerkelijke weerstand tegen het voorstel. Immers, als een partij enkel twijfel uit (zoals in een niet-gemengd geschil) heeft deze verder geen verplichting: hij of zij hoeft dan geen bewijslast meer op zich te nemen. Dat de derde partij dat hier wel doet, is een teken dat zij een sterkere positie inneemt dan een twijfelende positie. Deze interpretatie wordt ondersteund door het feit dat de patiënt, en de derde partij als zijn begeleider, in een

relatieve afhankelijkheidspositie verkeren ten opzichte van de arts. De patiënt en begeleider willen dat er iets aan de handklachten wordt gedaan, en alleen een medisch expert als de arts kan hen daarmee helpen. Reden genoeg om een tegengesteld standpunt over bijvoorbeeld een alternatieve behandeling wat minder stellig in te kleden, bijvoorbeeld door weifelend ('Ja nou') slechts een zorg uit te spreken ('daar zitten we eigenlijk wel mee van he', regel 13).

Opvallend is dat de begeleider deze zorg, door middel van de wij-vorm, uitspreekt als een gedeelde zorg van zowel haar als de patiënt. Uit het fragment (en ook het gesprek ervoor en erna) blijkt echter nergens dat de patiënt die zorg daadwerkelijk met de begeleider deelt. Sterker nog, de patiënt beaamt het oordeel van de arts (in regel 23) en stelt dat hij het erg belangrijk vindt dat er iets aan zijn vingers gedaan wordt (in regels 27 en 34). Dat de derde partij haar standpunt presenteert als een gedeeld standpunt lijkt dus niet geheel terecht (er is dus geen sprake van één van de discussiesituaties uit *Tabel 1*, maar van een sub-discussie). Net als het gebruik van de wij-vorm door de arts in *fragment 1*, kan dit gebruik door de begeleider wel strategisch in haar voordeel werken. De arts moet, door het ideaal van gedeelde besluitvorming, rekening houden met de voorkeuren van de patiënt. Door zichzelf te presenteren als deel van een coalitie met de patiënt, zorgt de derde partij ervoor dat de arts ook op serieuze wijze rekening houdt met haar zorgen. Bovendien kan ook hier gesteld worden dat het gebruik van wij een meerderheid suggereert, ditmaal om tegenwicht te bieden aan de arts en eventuele plastische chirurg. Onder het mom van 'samen sta je sterk', zou ook dit de positie van de derde partij kunnen bevorderen.

Een verschil met het gebruik van wij door de arts in *fragment 1* is dat de derde partij in *fragment 2* de wij-vorm niet zozeer bezigt als autoriteitsargument, maar slechts als presentatiemiddel bij het innemen van het standpunt. Interessant is wel dat de begeleider in haar argumentatie vervolgens refereert aan collega's als ervaringsdeskundigen op gebied van de symptomen van haar man en de bijkomende operaties (regels 15-16). Ook hiermee creëert de derde partij ogenschijnlijk medestanders die haar positie zullen ondersteunen en, op vergelijkbare wijze als de arts dat doet in *fragment 1*, presenteert zij deze medestanders hier als deskundigen naar wie ze verwijst in autoriteitsargumentatie. Op deze wijze kan de asymmetrie in medische expertise die ten grondslag ligt aan het medische consult wellicht wat worden rechtgetrokken, ondanks de relatief bescheiden opstelling van de arts (zie regel 40).

**Fragment 2 Medisch consult tussen een arts (A), een patiënt (P) met een beknelde zenuw en begeleider, de vrouw van de patiënt (B) (Den Hartog, 2019, pp. 41-42)**

- 1 A Nou we- wat eraan gedaan zou kunnen worden dat is een operatie bij  
 2 de plastisch chirurg waarbij ze die zenuw die hier klem zit zouden  
 3 kunnen vrij leggen en dan kunnen ze goed onder de microscoop bekijken  
 4 en dan maken ze het schoon want er zit allemaal littekenweefsel dat  
 5 hebben we op de echo gezien en dat zou dan met deze ook kunnen dus de  
 6 vraag is een beetje of u zoveel last heeft dat u eventueel daar wel  
 7 een operatie voor over zal hebben (.) als dat zo zou zijn, dan zou ik  
 8 in ieder geval voor u een gesprek kunnen laten plannen bij de  
 9 plastische chirurg, dan zit u nog nergens aan vast, maar dan kan die  
 10 plastisch chirurg die kan u uitleggen wat zo'n operatie inhoudt, wat  
 11 de voor- en nadelen zijn, wat de kans is op succes wat de kans is dat  
 12 het tegenvalt. Pas daarna hoeft u dan definitief ja of nee te zeggen
- 13 B Ja nou daar zitten we eigenlijk wel mee van he
- 14 A Hmhm
- 15 B Ja ik heb een heleboel collega's gehad die hebben ook het syndroom  
 16 gehad nou die zijn twee drie keer onder het mes geweest maar
- 17 A Hmm dat komt voor maar dat is een uitzondering
- 18 B Ja
- 19 A Ja die operatie is in 85 van de 100 gevallen succesvol
- 20 B Oke
- 21 A Maar ik kan natuurlijk niet voorspellen of u bij die 85 hoort of dat  
 22 u
- 23 P Nee [nee nee
- 24 A [of dat u bij die 15 hoort
- 25 B [jaa dat is zo
- 26 A Dat weten we niet he
- 27 P Deze twee vinger vind ik toch wel ehh
- 28 A Jaa daar ligt de nadruk op he
- 29 P Ja
- 30 A Ja
- 31 P Ook met fietsen enzo ook had ik ook wel es maar ja daar je heb ik nog  
 32 niet zoveel last van dat ik denk daar wil ik aan geholpen worden
- 33 A Nee
- 34 P Maar deze twee vingers zou ik wel fijn vinden
- 35 A Ja, nou wat we kunnen doen nogmaals is een afspraak voor u regelen op  
 36 het spreekuur bij die plastisch chirurg, dan zit u nog nergens aan  
 37 vast, maar ik kan me voorstellen dat u ook wel allerlei vragen heeft  
 38 over rondom die operatie [hoe dat dan gaat enzovoorts nou dat kan die
- 39 B [ja
- 40 A Plastisch chirurg u natuurlijk beter vertellen dan dat ik dat kan



#### 4.4 Gemengd geschil, mogelijke coalitie

Overigens is het niet altijd volledig duidelijk of er sprake is van coalitievorming in een argumentatieve discussie tussen de zorgprofessional, patiënt en derde partij. Zo kan in *fragment 3*, een deel uit een slechtnieuwsgesprek bij de oncoloog, door het minimale optreden van de begeleider van de patiënt eigenlijk niet met zekerheid worden vastgesteld of er sprake is van een coalitie; de argumentatieve rol van de derde partij blijft hier ambigu.

Bij de patiënt in *fragment 3* is een kleine tumor op de stembanden aangetroffen. De arts heeft direct voorafgaand aan het fragment foto's van de tumor laten zien, en twee mogelijke behandelingen voorgesteld: bestraling en lasertherapie. Het fragment zelf begint met een informatieve vraag van de patiënt ('en weet u ook welke soort het is'). Aanvankelijk vat de arts deze vraag op als een vraag over de lasertherapie. Uit de repair van de patiënt in regels 4 en 6-8 ('nee', 'de de... het gezwel? Zeg maar de...'), en de aanvulling van de begeleider in regel 9 ('de kankersoort'), die de patiënt vervolgens letterlijk herhaalt in regel 11, blijkt echter dat de vraag van de patiënt de geconstateerde tumor betreft.

De patiënt wil weten 'welke soort het is' en hij ondersteunt de relevantie van deze vraag door te stellen 'want er schijnen twee soorten te zijn' (regels 1-2, herhaald in regel 12), waarvan de ene soort gunstiger zou zijn dan de andere. Interessant aan deze argumentatie is dat de patiënt zelf informatie inbrengt op het expertisegebied van de arts, die als oncoloog gespecialiseerd is in kanker. De patiënt ondersteunt deze informatie vervolgens door te stellen 'dat hebben wij dus iets bij gelezen' (regel 23). Hij presenteert zichzelf hiermee als geïnformeerd, wat opgevat kan worden als een manier om de asymmetrie in medische expertise tussen hem en de arts te verkleinen. De arts in dit gesprek gaat echter op redelijk directe wijze in tegen het idee dat er twee soorten kanker zijn ('nou nee' in regel 13), en stelt vervolgens dat het gaat om een soort kanker die vaak voorkomt (het 'plaveiselcelcarcinoom', regel 17) en er verder alleen zeldzame varianten zijn (in regel 26). De patiënt en de arts hebben dus aanvankelijk een andere opvatting over mogelijke soorten kanker. Deze situatie kan worden opgevat als een gemengd geschil tussen de patiënt en arts waarbij de patiënt de rol van protagonist op zich neemt (omdat hij uitgaat van twee soorten kanker) en de arts de rol van antagonist (omdat hij ontkent dat je van twee soorten kanker kunt spreken).

Of de derde partij een discussierol op zich neemt, en zo discussiesituatie 7b uit *Tabel 1* creëert, is hier niet helemaal duidelijk. In regel 9 vult de begeleider de patiënt wel aan bij het formuleren van het standpunt over de kankersoort die bij hem is aangetroffen, maar of de begeleider

ook daadwerkelijk het standpunt onderschrijft, valt niet op te maken uit het fragment (en ook niet uit het vervolg van het gesprek). Het gebruik van ‘wij’ door de patiënt in regel 23 (‘dat hebben wij dus iets bij gelezen’) impliceert dat de begeleider en hijzelf gelezen hebben over twee soorten kanker en suggereert dat de begeleider het daarom eens zou zijn met dit standpunt. De begeleider bevestigt deze positie echter nergens. Het zou dus zo kunnen zijn dat de derde partij hier, net als in *fragment 2*, enkel strategisch gebruikmaakt van de wij-vorm om zo een coalitie te suggereren die er eigenlijk niet is.

Een verschil tussen *fragment 2* en *3* is de mate van directheid waarmee de verschillende partijen hun standpunt innemen. Vergelijk bijvoorbeeld de formulering van het standpunt dat de patiënt een operatie zou kunnen ondergaan door de arts in *fragment 2* (‘Nou we- wat [...] over zal hebben’ in regels 1 t/m 7’) met de formulering van het standpunt dat er geen twee soorten kanker zijn van de arts in *fragment 3* (‘nou nee’ in regel 13). Niet alleen is de arts in *fragment 2* uitvoeriger, hij formuleert ook minder direct door een passief-constructie te gebruiken (‘wat eraan gedaan zou kunnen worden’), duidelijk de beslissing bij de patiënt neer te leggen (‘de vraag is een beetje of u zoveel last heeft dat u eventueel daar wel een operatie voor over zal hebben’) en de boodschap af te zwakken met modale partikels (‘een beetje’, ‘eventueel’). De arts in *fragment 3* is daarentegen recht voor z’n raap. Dit verschil kan goed verklaard worden door het feit dat het standpunt in *fragment 2* de behandeling betreft en dat in *fragment 3* een medisch feit. Vanwege het ideaal van SDM, dient de arts de patiënt immers zo veel mogelijk te betrekken bij beslissingen over een behandelplan, terwijl dat niet het geval is bij het vaststellen van de juistheid van medische informatie. Sterker nog, in dat laatste geval is het de taak van de arts om vanuit zijn of haar medische expertise in te grijpen als er onjuiste medische informatie op tafel komt. Hierdoor kan de arts in *fragment 3* ook directer formuleren; de patiënt en derde partij zullen dit tot op zekere hoogte verwachten omdat dit in zijn institutionele rol besloten ligt. De arts kan zo bovendien onnodige zorgen bij de patiënt en diens begeleider wegnemen.

#### 4.5 Niet-gemengd en gemengd geschil, geen coalities

In de voorgaande fragmenten deelden de patiënt en derde partij telkens dezelfde discussierol of presenteerde de derde partij zijn of haar positie alsof dit het geval was. In *fragment 4* uit de begeleider juist expliciet twijfel over het standpunt van de patiënt, waarna de arts en derde partij met elkaar in discussie gaan.

**Fragment 3 Medisch consult tussen een oncoloog (A), patiënt (P) met een keelkanker en begeleider van de patiënt (B) (Baatenburg de Jong, 2018, p. 71)**

- 1 P en weet u ook welke soort het is.  
 2 want er schijnen twee soorten te zijn.  
 3 A CO2 laser.  
 4 P nee.  
 5 A oh.  
 6 P de de...  
 7 het gezwel?  
 8 P zeg maar de...  
 9 B de kankersoort.  
 10 P de cellen?  
 11 de kankersoort.  
 12 P er schijnen twee soorten te zijn.  
 13 A nou nee.  
 14 er...  
 15 vrijwel...  
 16 bijna 100% is dat allemaal uitgaande van het slijmvlies.  
 17 eh plaveiselcelcarcinoom noemen we dat.  
 18 P ja.  
 19 en dat is de gunstige soort of de minder gunstige?  
 20 A dat is de gunstige ja.  
 21 ja. (1.0)  
 22 P ja daar dus...  
 23 dat hebben we dus iets bij gelezen.  
 24 A maar veel andere smaken zijn er eigenlijk niet hoor.  
 25 P nee nee.  
 26 A dat zijn allemaal bijzondere zeldzaamheden praat je dan over.  
 27 P ja.  
 28 A ja.

*Fragment 4* is afkomstig uit een consult over de nadelige bijwerkingen van de medicijnen die de patiënt slikt, waaronder slaperigheid. Voorafgaand aan dit fragment legt de arts uit dat de patiënt twee keuzes heeft, namelijk het verlagen van de dosis medicijnen of de huidige dosering handhaven, met slaperigheid tot gevolg. In de eerste vier beurten stellen de arts en patiënt gezamenlijk vast dat de patiënt kiest voor het verminderen van de medicatie (regels 1-6). De patiënt geeft aan het 'heel erg' (regel 2) te vinden dat hij af en toe wat weg suft en het 'best eigenlijk' (regel 6) vindt om daarom de medicijnen aan te passen, waardoor het risico op vallen groter wordt. Doordat de arts en patiënt hierover direct overeenstemming bereiken, is er geen sprake van een verschil van mening tussen hen beiden.

Nadat de arts de positie van de patiënt heeft samengevat (regels 7-9), uit de begeleider van de patiënt (zijn partner) echter twijfel over de positie van

de patiënt. De vraag 'Ja vind je dat echt?' impliceert dat ze daar niet zo zeker van is. De patiënt reageert niet verbaal op deze vraag, maar de arts vraagt vervolgens wel aan de begeleider hoe zij over de vermindering van medicatie denkt (regel 11). Uit het antwoord van de begeleider op die vraag blijkt dat zij nog wel enige twijfels heeft bij dit idee: ondanks dat de slaperigheid vervelend is, vindt zij het vallen toch ook wel lastig (regels 12-14). Hier komt het behandelvoorstel alsnog ter discussie te staan. Vanuit pragma-dialectisch oogpunt treedt de derde partij hier op als twijfelende antagonist in een niet-gemengd geschil met de patiënt als protagonist van het standpunt dat het eigenlijk best is om de medicatie te verminderen (discussiesituatie 2 uit *Tabel 1*).

Tot nu toe maakte de arts geen deel uit van de discussie; hij nam geen standpunt in en uitte ook geen twijfel over het standpunt van de patiënt. In regels 15-16 en 18-21 doet de arts echter een alternatief behandelingsvoorstel: de patiënt zou dezelfde hoeveelheid medicatie kunnen innemen maar dan meer verspreid over de dag. Dit kan gezien worden als het naar voren brengen van een standpunt, waardoor de arts optreedt als protagonist. Uit de reacties van de begeleider is af te leiden dat haar dat niet zo'n goed idee lijkt. De patiënt lijkt haar eerste bezwaar te willen wegnemen (met 'Hmm ja' geeft de patiënt in regel 23 aan best in staat te zijn om vaker zijn medicijnen te nemen) en daarmee kan hij net als de arts gezien worden als protagonist van het standpunt dat het verspreid innemen van de medicatie een goed idee is. De begeleider accepteert de positie nog niet. Ze stelt dat verspreid innemen waarschijnlijk toch te lastig wordt: het lukt de patiënt nu ook maar net met het innemen van de medicatie en ze moet de patiënt constant vragen of hij zijn medicijnen wel heeft ingenomen (regels 26-32). Argumentatief gezien neemt de derde partij hier een tegengesteld standpunt in ten opzichte van het standpunt van de arts en de patiënt. Zij vormt daarmee de antagonist in dit nieuwe gemengde geschil (discussiesituatie 8b uit *Tabel 1*).

Ondanks dat de arts en patiënt beiden beschouwd kunnen worden als protagonist van het meer verspreid innemen van de medicatie, treden ze strikt genomen niet op als coalitiepartijen. Het blijft bij het innemen van een gezamenlijk standpunt; de arts en patiënt presenteren verder geen argumentatie. Opmerkelijk is ook dat de derde partij in het gesprek primair in lijkt te gaan tegen de arts, niet tegen de patiënt. Wanneer ze haar argumentatie presenteert, spreekt ze bijvoorbeeld deels over de patiënt in de derde persoon ('Ja want weet je de medicijnen doet hij nog steeds zelf en dat vind ik al heel wat dat hij dat nog zelf kan en hij heeft wel een bepaalde structuur alles gaat precies ook met z'n dingen dat merk ik wel' in regels 26-28).

Enkel wanneer de begeleider benadrukt dat het innemen van de medicatie moeilijker wordt, spreekt ze de patiënt direct aan ('in het begin vergat je heel vaak medicatie he omdat je aan die drie zat en dan zei ik wel wat ik voor die tijd nooit zei, heb je je medicatie ingenomen dat vraag ik nu wel constant' in regels 29-32). De arts lijkt de discussie ook slechts als dialogische discussie op te vatten, niet als polylogische discussie. Zijn reactie 'Misschien is dat dan niet zo'n verstandige keuze' in regel 35 is immers geheel gebaseerd op de tegenargumentatie van de derde partij; de positieve houding van de patiënt ten opzichte van het standpunt wordt hierin niet zozeer onderkend.

Overigens betekent dit niet dat het ideaal van SDM overboord gegooid is. Zowel de arts als de derde partij benadrukken dat de keuze uiteindelijk aan de patiënt is (regels 4-5 en 43, respectievelijk) en uiteindelijk bepaalt de patiënt ook daadwerkelijk de behandeling ('Ja dan toch maar proberen', 'de dosering omlaag' in regels 44 en 48). Interessant genoeg is dit exact dezelfde keuze is die hij aan het begin van het gesprek al kenbaar gemaakt had (in regels 1-6), dus hoezeer het extra gemengde geschil tussen de arts en derde partij over meer verspreiding van de medicatie hiertoe heeft bijgedragen blijft de vraag.

**Fragment 4 Medisch consult tussen een arts (A), patiënt (P) die last heeft van slaperigheid door zijn medicijnen en begeleider van de patiënt (B) (Den Hartog, 2018, pp. 53-54)**

- 1 A Ja hoe erg vindt u het dat u zo af en toe wat wegsuft  
 2 P Heel erg  
 3 A Heel erg. En als we nou de medicijnen aanpassen, maar daarmee  
 4 verhogen we het risico dat u komt te vallen. Wat vindt u daar dan  
 5 van?  
 6 P Eh, best eigenlijk  
 7 A Dat zij zo, zegt u. U heeft eigenlijk liever dat u wat wakkerder bent  
 8 en dan maar het risico dat het lopen wat moeilijker gaat  
 9 Hmhm  
 10 B Ja vind je dat echt?  
 11 A En hoe denkt u daar dan over?  
 12 B Nouja weet je het het vallen vind ik ook wel een ding, ik snap wel  
 13 wat je bedoelt, kijk als wij bezoek hebben en dat was voorheen niet  
 14 dan valt ie wel constant weg  
 15 A Ja, kijk wat ook nog zou kunnen, maar dan maakt u het wel wat  
 16 ingewikkelder voor u zelf  
 17 B Ja  
 18 A Kijk u heeft nu deze momenten op de dag, u zou de hoeveelheid kunnen  
 19 berekenen en dat over een extra inname moment kunnen verdelen. Snapt  
 20 u? Nu heeft u de Sinemet 5 keer, maar dan doen we het over 6 keer en

- 21 dan krijgt u per keer een lagere hoeveelheid (0.5)
- 22 B Ja maar, ja kun je dat? Kun je dat weer verwerken?
- 23 P Hmm ja
- 24 B Want hij heeft wel
- 25 A Het wordt wel ingewikkelder
- 26 B Ja want weet je de medicijnen doet hij nog steeds zelf en dat vind ik
- 27 al heel wat dat hij dat nog zelf kan en hij heeft wel een bepaalde
- 28 structuur alles gaat precies ook met z'n dingen dat merk ik wel en ja
- 29 dan gaat het wel weer moeilijker he, want in het begin vergat je heel
- 30 vaak medicatie he omdat je aan die drie zat en dan zei ik wel wat ik
- 31 voor die tijd nooit zei, heb je je medicatie ingenomen dat vraag ik
- 32 nu wel constant
- 33 A Ja het zijn al meer inname-momenten natuurlijk geworden
- 34 B Juist, juist, dat maakt het voor hem wel moeilijker hoor
- 35 A Misschien is dat dan niet zo'n verstandige keuze, maar als je zegt
- 36 dat wordt wel heel lastig dan houdt u over: zo doorgaan, zoals u nu
- 37 doet of toch op bepaalde momenten wat minder nemen met het risico dat
- 38 het lopen het vallen weer wat problemen gaat geven
- 39 B Dat vind je toch ook niet fijn als je weer valt?
- 40 P Hmm nee
- 41 B Nee dat bedoel ik, dan heb je ook het risico dat je wat breekt
- 42 A Ja
- 43 B Dus ja het is aan jou de keuze
- 44 P Ja dan toch proberen
- 45 B Minder medicat- of zo wat de dokter zegt per 6? Jaha, nouja dat is
- 46 A En bedoelt u dan met gaan we toch proberen, de dosering omlaag
- 47 brengen of we gaan per dag 5 keer of 6 keer proberen
- 48 P De dosering omlaag
- 49 A De dosering omlaag, dan gaan we dat heel voorzichtig proberen.

## 5 Conclusie en discussie

In deze studie hebben we laten zien dat een derde partij die een patiënt begeleidt, zoals een partner of volwassen kind, bij een consult met een zorg-professional invloed kan uitoefenen op *shared decision making* (SDM). In consulten wordt idealiter door middel van SDM, oftewel gedeelde besluitvorming, tussen zorgprofessional en patiënt een bepaalde keuze gemaakt, zoals de keuze voor een behandelplan (Stiggelbout et al., 2015). Aangezien het ideaal van SDM en het principe van *informed consent* vraagt om een afweging van de voor- en nadelen van verschillende keuzemogelijkheden, kan argumentatie een belangrijke rol spelen in een consult. Het is tot nu toe echter onbekend welke invloed de aanwezigheid van een derde partij precies heeft op dit argumentatieve deel van een consult.

Om die invloed te onderzoeken, hebben we eerst op basis van eerdere studies vastgesteld dat de begeleider van een patiënt verschillende rollen in de interactie kan vervullen, van passieve observeerder tot actieve belangenbehartiger en zelfs tegenstander. Vervolgens zijn we nagegaan welke consequenties de actieve participatie van een derde partij kan hebben voor een argumentatieve uitwisseling in een consult. We hebben daarom de conventies in kaart gebracht van een argumentatief consult met een derde partij, door deze praktijk op basis van de pragma-dialectische argumentatietheorie op te vatten als een argumentatief actiotype. Een kenmerk van dit actiotype is dat een derde partij een positie in kan nemen en beargumenteren, en ook eigen expertise in kan brengen. Dit betekent niet alleen dat meerdere partijen een verdedigingsplicht kunnen hebben, maar ook dat de zorgprofessional meerdere discussiepartijen moet adresseren. Het consult is echter primair gericht op expliciete instemming van de patiënt met bijvoorbeeld een behandelplan, waardoor het standpunt van de derde partij niet per se relevant is. Bovendien kunnen er uiteenlopende uitgangspunten een rol spelen die niet door alle partijen worden gedeeld ('lokale *common grounds*').

Vervolgens hebben we vastgesteld welke verschillende discussiesituaties er theoretisch mogelijk zijn als de derde partij zich in de discussie mengt. In *Tabel 1* hebben we laten zien dat er veel meer en meer complexe discussiesituaties kunnen ontstaan in een consult met drie partijen dan in een dialogisch consult. De complexiteit van die situaties is afhankelijk van of het type meningsverschil gemengd, niet-gemengd of een combinatie daarvan is, of de partijen zich als protagonist of als antagonist positioneren, en of er wel of geen sprake is van een mogelijke coalitie.

Enkele van de theoretisch mogelijke discussiesituaties hebben we vervolgens geïllustreerd met gevallen van consulten met drie partijen. Uit de analyses bleek dat de derde partij namens de patiënt het woord kan voeren als diens belangenbehartiger en hem of haar zo kan bijstaan in een meningsverschil met de zorgprofessional. Juist vanwege de asymmetrische relatie tussen de professional en de patiënt, kan het moeilijk zijn voor een patiënt om expliciet aan te geven dat hij of zij twijfelt of het zelfs oneens is met bijvoorbeeld een behandelvoorstel. Een derde partij kan dan, in plaats van de patiënt, expliciet de rol van antagonist op zich nemen. Ook kan de derde partij samen met de patiënt optreden als coalitie om zo sterker te staan in hun positie, bijvoorbeeld over de wenselijkheid van een voorgestelde behandeling. De partijen kunnen elkaars argumenten aanvullen en in de wij-vorm hun positie te berde brengen. Op deze manier kan de derde partij vanuit het perspectief van de patiënt bijdragen aan SDM.

De derde partij kan echter ook een rol spelen in het besluitvormingsproces terwijl dit niet per se de patiënt ten goede komt. Zo zagen we in de analyses dat de derde partij (al dan niet moedwillig) ten onrechte een coalitie met de patiënt kan suggereren door in de wij-vorm de geuite positie naar voren te brengen. Vanwege deze mogelijkheid dient de zorgprofessional goed na te gaan wat de daadwerkelijke positie van de patiënt is om tot een beslissing te komen waarin de patiënt en de zorgprofessional zich beiden kunnen vinden. De derde partij kan ook door de zorgprofessional bij het beslisproces betrokken worden, bijvoorbeeld wanneer om zijn of haar mening wordt gevraagd, terwijl de beslissing eigenlijk bij de patiënt ligt. In zo'n geval draait de discussie mogelijk meer om de derde partij en diens uitgangspunten in plaats van die van de patiënt, wat kwalijk is als de patiënt wilsbekwaam is en zelf betrokken wil zijn bij het besluitvormingsproces.

Tot slot kwam uit onze analyses naar voren dat de derde partij zich kan beroepen op specifieke expertise die de beslissing over de behandeling kan beïnvloeden. Zo kan een partner of een kind van de patiënt bijvoorbeeld expertise inbrengen over de ernst en regelmaat van klachten, de moeilijkheden met het innemen van medicijnen of mogelijke gevolgen van een operatie voor de dagelijkse activiteiten van de patiënt. In feite brengt deze expertise een derde perspectief op de behandelopties in dat zeer relevant kan zijn in het beslisproces. Bovendien kan de derde partij, net als de patiënt, ook (vermeende) medische expertise inbrengen, die in argumenten wordt benut of die tot meningsverschillen leidt. Hoewel de zorgprofessional uiteindelijk enkel met de patiënt tot een geïnformeerd besluit moet komen, kan dergelijke inbreng van de derde partij wel degelijk invloed hebben op het besluitvormingsproces. Een professional kan evident foutieve medische uitgangspunten niet laten passeren, omdat deze mogelijk worden gedeeld door de patiënt, en zal dus ook op de positie van de derde partij moeten reageren.

Deze studie laat ook enkele interessante aanknopingspunten voor vervolgonderzoek zien. In de eerste plaats zou een systematische analyse van een vastomlijnd corpus van polyloge consulten meer inzicht kunnen bieden in de frequentie en de vorm waarin meningsverschillen voorkomen waarin een derde partij participeert. In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van getranscribeerde consulten binnen verschillende typen medische specialismen, zonder te controleren voor de ernst van de aandoening van de patiënt, de mate van familiariteit tussen de drie aanwezige partijen of het type gesprek dat zij voeren. Ondanks dat we met de huidige data konden illustreren dat er van bepaalde complexe discussiesituaties sprake was, is het



voor vervolgonderzoek aan te raden om deze zaken systematisch te controleren. In dergelijk vervolgonderzoek zou dan bijvoorbeeld kunnen worden nagegaan welke rol het medisch specialisme en het type zorgprofessional speelt. Aangezien het aantal patiënten dat een begeleider meeneemt in de geriatrie en oncologie bijvoorbeeld veel hoger ligt dan in andere medische specialismen, zou dit gevolgen kunnen hebben voor de mate van participatie van de derde partij in die contexten en ook de ervaring van de zorgprofessional met dit soort interacties (zie Greene et al., 1994; Laisaar-Powell et al., 2013; Pel-Littel, 2019).

Tevens zou dan rekening kunnen worden gehouden met het type consult. Gaat het bijvoorbeeld om een standaardcontrole in het kader van de behandeling van een chronische aandoening, of om een uitslaggesprek na oncologisch onderzoek? Andere typen gesprekken zouden een afwijkend format kunnen hebben dat meer of minder ruimte biedt aan argumentatie en/of de derde partij. Dit geldt ook voor videoconsulten, die we niet bij deze studie konden betrekken.

Bovendien hebben wij ons in dit artikel beperkt tot de informele begeleider. Hoewel formele begeleiders minder actief lijken te participeren (Greene et al., 2014) zou de rol van dergelijke derde partijen ook verder onderzoek behoeven. Bij aanwezigheid van andere zorgprofessionals zijn theoretisch dezelfde discussiesituaties mogelijk, maar aangezien die professionals ook medische expertise in kunnen brengen, kan dit desalniettemin invloed hebben op bijvoorbeeld de coalitievorming.

In vervolgonderzoek zou ook het verschil tussen het uiten van twijfel en het uiten van een tegenstandpunt verder geanalyseerd kunnen worden. Vanwege de asymmetrische verhouding tussen de zorgprofessional enerzijds en de patiënt en begeleider anderzijds is het uiten van weerstand in een consult door de patiënt en begeleider extra moeilijk. Om potentiële meningsverschillen preciezer vast te kunnen stellen, zullen idealiter ook andere dan verbale signalen in ogenschouw moeten worden genomen (zoals oogcontact).

Tot slot hebben we in de huidige studie medische consulten geanalyseerd vanuit het oogpunt van de pragma-dialectische argumentatietheorie, waardoor we delen van gesprekken tussen de zorgprofessional, patiënt en derde partij konden opvatten als argumentatieve discussie. Vanuit dit perspectief hebben we een maximaal argumentatieve interpretatie toegepast, omdat niet altijd duidelijk is of er daadwerkelijk sprake is van een meningsverschil en van argumentatie. De specifieke context van het medische consult zorgt er namelijk voor dat allerlei beleefdheidsoverwegingen een rol spelen (het consult is *face-to-face*, de patiënt is tot op zekere hoogte

afhankelijk van de zorgprofessional), wat het uiten van twijfel, het innemen van een (tegengesteld) standpunt of het presenteren van argumentatie bemoeilijkt. Het is daarom waarschijnlijk dat partijen in een medisch consult dit dan ook op subtielere wijze doen of volledig nalaten. Nader onderzoek naar de uiting van (tegen)standpunten en twijfel in polyloge consulten is daarom gewenst.

Deze exploratieve studie legt bloot dat de aanwezigheid van een derde partij tot allerlei complexe discussiesituaties kan leiden en zo op verschillende manieren de besluitvorming kan beïnvloeden. Dit onderzoek biedt zodoende nieuwe inzichten die kunnen worden benut ter verbetering van de communicatie en besluitvorming tussen arts, patiënt en begeleider. Hoewel het meenemen van een begeleider door patiëntenorganisaties wordt gestimuleerd, en in veel gevallen door de gesteldheid van de patiënt sowieso onvermijdelijk is, houden de richtlijnen voor SDM niet expliciet rekening met zo'n situatie. Gezien het belang van gezamenlijke besluitvorming voor tevredenheid bij de patiënt en daarmee betere gezondheidsuitkomsten, is het aan te raden om meer aandacht te schenken aan de invloed van de derde partij op dit proces.

## Noten

- 1 In Elwyn et al. (2012, pp. 1636-1637) wordt stap 1 'choice talk' genoemd, stap 2 'option talk' en stappen 3 en 4 tezamen 'decision talk'. Stiggelbout et al. (2015, p. 2) geeft er echter de voorkeur aan om stappen 3 en 4 te scheiden vanwege hun andere karakter: 3 is gericht op het deliberatieproces en 4 op het besluit dat uiteindelijk genomen (of uitgesteld) wordt.
- 2 Deze vier fases vormen de empirische tegenhangers van de vier discussiefases uit het pragma-dialectisch ideaalmodel voor een kritische discussie, te weten: de (i) confrontatiefase, (ii) openingsfase, (iii) argumentatiefase en (iv) afsluitingsfase. De empirische fases laten zien hoe het communicatieve actietype kenmerkend van invloed is op elk van de kritische-discussiefases.
- 3 In elk geval is één uitkomst niet mogelijk: de zorgprofessional, patiënt en eventuele derde partij kunnen niet eindeloos dezelfde discussie voeren (zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij filosofische discussies); het consult is er nu eenmaal op gericht om het gezondheidsprobleem van de patiënt op een zo passend mogelijke wijze op te lossen.
- 4 Tevens kan de zorgprofessional ervaringsdeskundigheid bezitten, doordat hij of zij bijvoorbeeld een lange staat van dienst heeft. Omgekeerd kan de patiënt ook medische expertise bezitten, doordat hij of zij bijvoorbeeld een chronische aandoening heeft en daardoor goed thuis is geraakt in de medische aspecten van die aandoening.
- 5 Twee uitzonderingen op de regel dat discussies tussen de zorgprofessional en derde partij doorgaans sub-discussies vormen bij het hoofdgeschil tussen deze professional en de patiënt zijn: (1) discussies waarin de derde partij volledig namens de patiënt het woord voert (zoals bij minderjarige patiënten) en (2) discussies waarbij de derde partij

de rol van ‘opportunist’ op zich neemt (zie paragraaf 2.2). In het eerste geval vormt de discussie tussen de zorgprofessional en derde partij de hoofddiscussie zelf en in het tweede geval staat deze discussie volledig los van het geschil tussen de zorgprofessional en patiënt.

- 6 Hierbij moet opgemerkt worden dat er pas daadwerkelijk gesproken kan worden van een coalitie als de partijen gezamenlijk eenzelfde standpunt ondersteunen; het slechts om verschillende redenen delen van een standpunt is dus niet genoeg om te spreken van een coalitie. Vandaar dat in *Tabel 1* ook telkens gesproken wordt van ‘mogelijke coalities’.
- 7 Overigens zijn deze discussiesituaties vanuit analytisch oogpunt gelijkwaardig. In gemengde geschillen is de protagonist van een standpunt immers per definitie de antagonist van het tegengestelde standpunt en *vice versa* (zie paragraaf 3.1). Voor het overzicht hebben we deze situaties niettemin uitgesplitst (als ‘a’ en ‘b’) in *Tabel 1*.
- 8 Graag willen we Rianne den Hartog en Dita Kelmendi bedanken voor de transcripten die zij voor hun MA-scripties aan de Rijksuniversiteit Groningen hebben uitgewerkt op basis van een corpus van videoconsulten, opgenomen in 2018 en 2019 op verschillende poliklinieken in het Isala ziekenhuis in Zwolle. Dit corpus is samengesteld door Ellen Driever en Paul Brand (UMCG/Isala). Tevens willen we Leonie Baatenburg de Jong graag bedanken voor het beschikbaar stellen van de transcripties die zij voor haar MA-scriptie aan de Universiteit Leiden heeft uitgewerkt. De getranscribeerde consulten zijn afkomstig uit een corpus van oncologiegesprekken dat is opgesteld door het Erasmus MC in 2013.
- 9 Overigens willen we niet stellen dat de fragmenten die we analyseren representatief zijn voor alle medische polylogen, noch dat discussies binnen de geanalyseerde typen consulten doorgaans op deze wijze verlopen.

## Literatuur

- Adelman, R.D., Greene, M.G., & Charon, R. (1987). The physician-elderly patient-companion triad in the medical encounter: the development of a conceptual framework and research agenda. *The Gerontologist* 27(6), 729-34.
- Aristoteles (1999). *The Nicomachean ethics*. Kitchener: Batoche Books.
- Baatenburg de Jong, A.L. (2018). “A decision we have to make together”. *A qualitative analysis of inclusiveness and exclusiveness of personal pronouns as a strategic maneuver in medical bad news conversations*. Masterscriptie. Universiteit Leiden.
- Bigi, S. (2018). The role of argumentative practices within advice-seeking activity types. The case of the medical consultation. *Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio* 12(1), 42-52. <https://doi.org/10.4396/20180602>.
- Bracher, M., Stewart, S., Reidy, C., Allen, C., Townsend, K., & Brindle, L. (2020). Partner involvement in treatment-related decision making in triadic clinical consultations – A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Patient Education and Counseling* 103(2), 245-253. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.031>.
- Bragstad, L.K., Kirkevold, M., & Foss, C. (2014). The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers’ struggle to achieve influence at and after hospital discharge. *BMC Health Services Research* 14: 331.

- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* 91(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008>.
- Clayman, M.L., Roter, D., Wissow, L.S., & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med* 60, 1583-91.
- Coe, R.M., & Prendergast, C.G. (1985). The formation of coalitions: interaction strategies in triads. *Sociology of Health & Illness* 7(2), 236-247. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10949087>.
- Eemeren, F.H. van (2010). *Strategic maneuvering in argumentative discourse: Extending the pragma-dialectical theory of argumentation*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Eemeren, F.H. van, Houtlosser, P., & Snoeck Henkemans, A.F. (2005). *Argumentatieve indicatoren in het Nederlands. Een pragma-dialectische studie*. Amsterdam: Rozenberg.
- Eemeren, F.H., Garssen, B.J., & Labrie, N.H.M. (2021). *Argumentation between doctors and patients: Understanding clinical argumentative discourse*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins.
- Eemeren, F.H. van, & Grootendorst, R. (1992). *Argumentation, communication, and fallacies: A pragma-dialectical perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ekberg, K., Meyer, C., Scarinci, N., Grenness, C., & Hickson, L. (2015). Family member involvement in audiology appointments with older people with hearing impairment. *International Journal of Audiology* 54(2), 70-76. <https://doi.org/10.3109/14992027.2014.948218>
- Elwyn G., Frosch, D., & Rollnick, S. (2009). Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions. *Implementation Science* 4:75. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-75>.
- Goodnight, T.G. (2006). When reasons matter most: Pragma-dialectics and the problem of informed consent. In P. Houtlosser & M.A. van Rees (eds.), *Considering Pragma-Dialectics: A Festschrift for Frans H. van Eemeren on the Occasion of his 60<sup>th</sup> birthday*, pp. 75-85. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greene, M.G., Majerovitz, S.D., Adelman, R.D., & Rizzo, C. (1994). The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *Journal of the American Geriatrics Society* 42(4), 413-419.
- Hartog, R. den (2019). *De invloed van lage deontische stance Op shared decision making. Een conversatie-analytisch onderzoek naar lage deontische stance in behandelvoorstellen tijdens arts-patiënt gesprekken*. Masterscriptie. Rijksuniversiteit Groningen.
- Hodgson, J., Pitt, P., Metcalfe, S., Halliday, J., Menezes, M., Fisher, J., Hickerton, C., Petersen, K., & McClaren, B. (2016). Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: a qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 56 (6), 605-613. <https://doi.org/10.1111/aj0.12501>.
- Huber, J., Streuli, J.C., Lozankovski, N., Stredle, R.J.F., Moll, P., Hohenfellner, M., Huber, C.G., Ihrig, A., & Peters, T. (2016). The complex interplay of physician, patient, and spouse in preoperative counseling for radical prostatectomy: a comparative mixed-method analysis of 30 videotaped consultations. *Psycho-Oncology* 25(8), 949-956. <https://doi.org/10.1002/pon.4041>.
- Kelmendi, D. (2019). *Hoge deontische stance binnen shared decision making*. Masterscriptie. Rijksuniversiteit Groningen.
- Labrie, N.H.M. (2012). Strategic maneuvering in treatment decision-making discussions: Two cases in point. *Argumentation* 26, 171-199. <https://doi.org/10.1007/s10503-011-9228-5>
- Labrie, N.H.M. & Schulz, P.J. (2014). Does argumentation matter? A systematic literature review on the role of argumentation in doctor-patient communication. *Health Communication* 29(10), 996-1008. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.829018>.

- Labrie, N.H.M. & Schulz, P.J. (2015a). Exploring the relationships between participatory decision-making, visit duration, and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: Results from a content analysis. *Patient Education and Counseling* 98(5), 572-577. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.017>.
- Labrie, N.H.M. & Schulz, P.J. (2015b). Quantifying doctors' argumentation in general practice consultation through content analysis: Measurement development and preliminary results. *Argumentation* 29, 33-55. <https://doi.org/10.1007/s10503-014-9331-5>.
- Laidsaar-Powell, R.C., Butow, P.N., Charles, C., Lam, W.W.T., Jansen, J., McCaffery, K.J., Shepherd, H.L., Tattersall, M.H., & Juraskova, I. (2013). Physician-patient-companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling* 91(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.007>.
- Lewinski, M., & Aakhus, M. (2014). Argumentative polylogues in a dialectical framework: A methodological inquiry. *Argumentation* 28(2), 161-185.
- Meurs, M., Keuper, J., Sankatsing, V., Batenburg, R., & Tuyt, L. van (2020). *De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Perspectieven van huisartsen, consumenten en patiënten*. Utrecht: Nivel.
- Pel-Littel, R.E., Buurman, B.M., Pol, M.H. van de, Yilmaz, N.G., Tulner, L.R., Minkman, M.M., Scholte Op Reimer, W.J.M., Elwyn, G., & Weert, J.C.M. van (2019). Measuring triadic decision making in older patients with multiple chronic conditions: Observer OPTIONMCC. *Patient Education and Counseling* 102(11), 1969-1976. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.020>.
- Pilgram, R. (2009). Argumentation in doctor-patient interaction: Medical consultation as a pragma-dialectical communicative activity type. *Studies in Communication Sciences* 9(2), 153-169.
- Pilgram, R. (2015). *A doctor's argument by authority: An analytical and empirical study of strategic manoeuvring in medical consultation*. Dissertatie. Universiteit van Amsterdam.
- Pilgram, R., & Snoeck Henkemans, A.F. (2018). A pragma-dialectical perspective on obstacles to shared decision-making. *Journal of Argumentation in Context* 7(2), 161-176. <https://doi.org/10.1075/jaic.18027.pil>
- Rosow, I. (1981). Coalitions in geriatric medicine. In M. Haug (Ed.), *Elderly patients and their doctors*. New York: Springer.
- Schipper, J.E. (2018). *Participatie van naasten in een medisch videoconsult en face-to-face consult: een exploratief onderzoek*. Masterscriptie. Radboud Universiteit.
- Schouten, B.C. & Schinkel, S. (2014). Turkish migrant GP patients' expression of emotional cues and concerns in encounters with and without informal interpreters. *Patient Education and Counseling* 97 (1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.007>.
- Seuren, L., Wherton, J., Greenhalgh, T., Cameron, D., A'Court, C., & Shaw, S. (2020). Physical examinations via video? Qualitative study of video examinations in heart failure, using conversational analysis. *Journal of Medical Internet Research* 22(2), e16694. <https://doi.org/10.2196/16694>.
- Shields, C.G., Epstein, R.M., Fiscella, K., Franks, P., McCann, R., McCormick, K., & Mallinger, J.B. (2005). Influence of accompanied encounters on patient-centeredness with older patients. *Journal of the American Board of Family Practice* 18(5), 344-354.
- Snoeck Henkemans, A.F., & Mohammed, D. (2012). Institutional constraints on strategic maneuvering in shared medical decision-making. *Journal of Argumentation in Context* 1 (1), 19-32. <https://doi.org/10.1075/jaic.1.1.03moh>.
- Stiggelbout, A.M., Pieterse, A.H., & Haes, J.C.J.M de (2015) Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling* 98(10), 1172-1179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>.
- Stivers, T. (2005). Parent resistance to physicians' treatment recommendations: One resource for initiating a negotiation of the treatment decision. *Health Communication* 18(1), 41-74.

Street, R.L., & Gordon, H.S. (2008). Companion participation in cancer consultations. *Psychology* 17, 244-251. <https://doi.org/10.1002/pon.1225>.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). *Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultations*. Routledge: Abingdon.

## Over de auteurs

**Dr. Roosmaryn Pilgram** is universitair docent bij het Leiden University Centre for Linguistics aan de Universiteit Leiden.

E-mail: [r.pilgram@hum.leidenuniv.nl](mailto:r.pilgram@hum.leidenuniv.nl)

**Dr. Lotte van Poppel** is universitair docent CIW/Taalbeheersing bij het Center for Language and Cognition Groningen (CLCG) aan de Rijksuniversiteit Groningen.

E-mail: [l.van.poppel@rug.nl](mailto:l.van.poppel@rug.nl)

