



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Strategisch manoeuvreren in medische consultatie: een pragma-dialectische analyse van autoriteitsargumentatie van de arts

Pilgram, R.

Citation

Pilgram, R. (2012). Strategisch manoeuvreren in medische consultatie: een pragma-dialectische analyse van autoriteitsargumentatie van de arts. *Tijdschrift Voor Taalbeheersing*, 34(2), 168-181.
doi:10.5117/TVT2012.2.STRA425

Version: Publisher's Version
License: [Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3448282>

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

Strategisch manoeuvreren in medische consultatie

Een pragma-dialectische analyse van autoriteitsargumentatie van de arts

1 Inleiding¹

In medische consultatie staat het gezondheidsprobleem van de patiënt en het advies dat de arts daarover geeft centraal. Tijdens de consultatie kan de arts zich genoodzaakt voelen om de patiënt te overtuigen van de aanvaardbaarheid van het medische advies; hij² doet dan een poging om (mogelijke) twijfel bij de patiënt over dit advies, of zelfs weerstand ertegen, weg te nemen. De arts kan dit doen door argumenten voor het advies te geven of bepaalde delen van het advies argumentatief te ondersteunen, zoals de diagnose of de prognose. Argumentatie speelt dan een belangrijke rol in de consultatie.

Het is kenmerkend voor medische consultatie dat de patiënt autoriteit toeschrijft aan de arts op het gebied van gezondheidsproblemen. Patiënten vragen een consultatie per slot van rekening aan vanwege de deskundigheid die ze aan de arts toeschrijven (al hangt de mate van autoriteit die patiënten toeschrijven af van hun medische kennis en ervaring met medische consulten). Zelfs als patiënten alleen een consult aanvragen om doorverwezen te worden naar een specialist, vertrouwen zij op de autoriteit van de arts bij het beslissen of een specialist nodig is en, zo ja, welke specialist en op welke termijn.³ In de consultatie kunnen artsen gebruikmaken van deze autoriteit om hun medische advies zo effectief mogelijk te ondersteunen. Zo kan een arts door expliciet te refereren aan zijn deskundigheid zijn eigen autoriteit als argument gebruiken. Als de arts zijn autoriteit als een teken van de aanvaardbaarheid van het medische advies presenteert, maakt hij gebruik van autoriteitsargumentatie.

In dit artikel analyseer ik hoe een arts strategisch kan manoeuvreren met autoriteitsargumentatie in een argumentatieve discussie in medische consultatie. Deze analyse laat niet alleen zien op welke wijze de institutionele context van een medische consultatie de argu-

Samenvatting

In dit artikel wordt autoriteitsargumentatie van de arts in medische consultatie geanalyseerd als strategische manoeuvre. Het doel van deze analyse is ten eerste om te laten zien hoe de institutionele context van het medische consult een argumentatieve discussie tussen een arts en een patiënt kan beïnvloeden, en ten tweede om een uitgangspunt te bieden voor de evaluatie van de deugdelijkheid van autoriteitsargumentatie van de arts in medische consultatie. Om deze doelen te verwezenlijken, zal eerst een argumentatieve karakterisering van medische consultatie worden gegeven. Vervolgens zal autoriteitsargumentatie van de arts worden geanalyseerd aan de hand van de uitgebreide pragma-dialectische argumentatietheorie.

mentatie in de consultatie kan beïnvloeden, maar kan ook als startpunt gebruikt worden voor de evaluatie van de deugdelijkheid van autoriteitsargumentatie in medische consultatie. Daartoe geef ik eerst een argumentatieve karakterisering van een medisch consult (paragraaf 2). Vervolgens zal ik twee varianten van autoriteitsargumentatie onderscheiden, te weten het ‘argument *van* autoriteit’ en het ‘argument *met* autoriteit’ (paragraaf 3). Aan de hand van het concept van strategisch manoeuvreren zal ik daarna de strategische functies van autoriteitsargumentatie van de arts in een medisch consult analyseren (paragraaf 4). Ten slotte geef ik een kort overzicht van mijn bevindingen (paragraaf 5).

2 *Argumentatie in medische consultatie*

Voordat de strategische functies van autoriteitsargumentatie van de arts kunnen worden geanalyseerd, is het van belang om de medische consultatie vanuit argumentatief oogpunt te karakteriseren. Welke mogelijkheden biedt de consultatie voor argumentatieve discussies en met welke ‘constraints’ moet de arts rekening houden in zijn argumentatie?

Een medische consultatie bestaat doorgaans uit een een-op-een-gesprek tussen een medisch hulpverlener en een patiënt. De hulpverlener is bijvoorbeeld een huisarts, genetisch consulent, verpleegkundige of medisch specialist (anesthesist, cardioloog, gynaecoloog, et cetera). In dit artikel zal ik me richten op medische consultaties waarin de hulpverlener een huisarts of specialist is. In dergelijke consultaties heeft de patiënt als doel om een professioneel medisch advies in te winnen over zijn gezondheidsprobleem en probeert de arts die informatie van de patiënt te verkrijgen die nodig is om in dezen een adequaat advies te kunnen geven.

Een consultatie verloopt doorgaans volgens een vast stramien. Over het algemeen begint de arts met de vraag hoe het met de patiënt gaat. De patiënt introduceert bij wijze van antwoord zijn gezondheidsprobleem en vraagt hierover impliciet of expliciet advies aan de arts. Vervolgens zal de arts gerichte vragen stellen over de klachten van de patiënt, zijn medische voorgeschiedenis en overige relevante omstandigheden (de arts zal kortom overgaan tot anamnese); indien nodig verricht de arts ook lichamelijk onderzoek. Op basis van de informatie die hij zo inwint en op grond van zijn medische kennis, stelt de arts vervolgens een diagnose en geeft hij een medisch advies.

In de regel vormt het medische advies het eindpunt van de consultatie. De arts schrijft bijvoorbeeld een behandeling voor die de patiënt verder zelfstandig kan volgen (‘U kunt het beste tweemaal per dag oxprenolol nemen’) of hij verwijst de patiënt door naar een (andere) specialist. In sommige gevallen blijft het bij een diagnose of prognose, met name wanneer de patiënt op grond daarvan geen verdere actie hoeft te ondernemen (‘Gelukkig mankeert u helemaal niets’ of ‘De pijn zal over een week of twee zijn verdwenen’); een advies blijft dan uit.⁴

De tijd die er voor een medische consultatie staat, is doorgaans beperkt.⁵ Artsen zullen dus efficiënt met hun consultatietijd moeten omspringen. Hierdoor kunnen uitweidingen die in dagelijkse gesprekken normaal zijn niet altijd plaatsvinden; artsen zullen zich zo veel mogelijk beperken tot die gespreksbijdragen die voor het medische advies noodzakelijk zijn.

Het doel, de opbouw en de duur van een medische consultatie beïnvloeden de communicatie tussen de arts en de patiënt. Een arts zal bijvoorbeeld anders te werk gaan wanneer

hij een gezondheidsprobleem op een informele wijze bespreekt (bijvoorbeeld thuis met een familielid) dan wanneer hij dit doet tijdens een consultatie. Dit geldt overigens omgekeerd ook voor de patiënt. Ook de aard van de consultatie beïnvloedt de communicatie. Zo dient de arts zo veel mogelijk onzekerheid of angstgevoelens weg te nemen bij de patiënt.

Bovendien moeten artsen in medische consultaties rekening houden met bepaalde wettelijke vereisten en behandelingsprotocollen. In de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (1995, Art. 448)⁶ is bijvoorbeeld vastgelegd dat de arts alleen tot behandeling mag overgaan als de patiënt ‘geïnformeerde toestemming’ (*informed consent*) heeft gegeven. Om aan deze eis te kunnen voldoen, moet de arts de patiënt tijdens de consultatie informeren over de aard en het doel van het medische advies, de gevolgen van en risico’s bij het (niet-) opvolgen van het advies, en de mogelijkheid van alternatieve behandelingen. Dit recht van de patiënt op informatie bepaalt dus in grote mate de communicatie in een medische consultatie.

Vanwege de specifieke communicatie en de conventionele wijze waarop de consultatie verloopt, kan medische consultatie in termen van de pragma-dialectische argumentatietheorie als een ‘communicatief activiteitstype’ worden beschouwd (zie voor het begrip ‘communicatief activiteitstype’: Van Eemeren, 2010, pp.138-143). Om gesprekken binnen een communicatief activiteitstype te analyseren, is het van belang om rekening te houden met de kenmerken van dit activiteitstype. Voor de analyse van autoriteitsargumentatie in medische consultatie is het met name van belang om die kenmerken in acht te nemen die van invloed zijn op de argumentatie.

Een arts kan argumenten aanvoeren ter ondersteuning van zijn medische advies wanneer er sprake is van een verschil van mening met de patiënt, bijvoorbeeld doordat de patiënt twijfel heeft over het gegeven advies. Hoewel de patiënt een consultatie aanvraagt om advies te krijgen over zijn gezondheidsprobleem, betekent dit niet dat hij het medische advies van de arts automatisch aanvaardt. Het advies kan bijvoorbeeld indruisen tegen de verwachtingen die de patiënt heeft gevormd op basis van informatie die hij heeft gevonden op internet. Patiënten raadplegen steeds vaker het internet over gezondheidsprobleem voordat zij een consultatie aanvragen (Dickerson et al., 2004, pp. 502-504). Als een advies van de arts niet overeen blijkt te komen met de gevonden informatie, kan dit resulteren in een verschil van mening tussen de arts en de patiënt.

Overigens kan de arts ook de indruk hebben dat de patiënt twijfelt aan het medische advies zonder dat de patiënt dit expliciet kenbaar heeft gemaakt. Een arts kan bijvoorbeeld twijfel veronderstellen vanwege een stilte die de patiënt laat vallen nadat hij het advies gehoord heeft. Of de arts verwacht dat de patiënt huiverig is ten opzichte van het advies omdat het een drastische gedragsverandering betekent (‘U moet direct stoppen met roken’). Ook als er een kans bestaat dat de geadviseerde behandeling nadelig uitpakt, kan de arts twijfel toeschrijven aan de patiënt zonder dat hij daar expliciet aanleiding toe geeft (‘Ondanks de mogelijke bijwerkingen heeft dit medicijn als voordeel dat het tegelijkertijd gebruikt kan worden met uw bètablokkers’).

Ongeacht of de arts terecht veronderstelt dat de patiënt twijfelt, kan hij zich genoodzaakt voelen om argumenten aan te dragen ter ondersteuning van het medische advies om zo de (veronderstelde) twijfel bij de patiënt proberen weg te nemen. Artsen kunnen zich ook louter vanuit juridisch oogpunt genoodzaakt voelen om dit te doen. Als een arts het medische advies met argumentatie ondersteunt, zal de patiënt bij complicaties naar verwachting minder snel geneigd zijn om de schade op hem te verhalen dan wanneer hij het advies niet

ondersteunt. Zodra de arts argumentatie aanvoert om het medische advies voor de patiënt aannemelijk te maken, is er vanuit pragma-dialectisch oogpunt sprake van een argumentatieve discussie tussen de arts en de patiënt (Van Eemeren & Grootendorst, 1992, p. 13). Dit betekent overigens niet dat er ook sprake is van een volkomen adequate ‘kritische discussie’; de argumentatieve discussie tussen arts en patiënt kan, net zoals elke andere willekeurige discussie, drogredelijke of (andere) irrelevante elementen bevatten.

De mogelijkheid dat de arts en de patiënt een argumentatieve discussie kunnen voeren is onontbeerlijk voor het ideaal van ‘gedeeld beslissingsproces’ (*shared decision making*). Sinds de laatste decennia van de vorige eeuw wordt het moreel wenselijk geacht dat de arts en de patiënt door middel van een gedeeld beslissingsproces tot een besluit komen over de medische behandeling van het gezondheidsprobleem van de patiënt (Jung, Wensing & Grol, 2001, pp. 19–20). De arts en de patiënt moeten dan tijdens de consultatie de mogelijke behandelingsopties (inclusief afzien van behandeling) bespreken en hun behandelingsvoorkeuren kenbaar maken (Charles, Gafni en Whelan, 1997, p. 683; Légaré et al., 2008, p.2). Als hun behandelingsvoorkeuren niet overeenkomen, zullen de arts en de patiënt met elkaar in discussie moeten gaan om tot een daadwerkelijk gedeelde beslissing te komen (of de patiënt moet te rade gaan bij een andere arts). Medische consultatie is dus een communicatief activiteitstype waarin argumentatie een belangrijke rol speelt.

Omdat de patiënt doorgaans niet over specifieke medische kennis beschikt, zal hij in discussies in medische consultatie voor een groot deel af moeten gaan op de kennis en expertise van de arts. Woods en Walton (1989, p.87) beschrijven deze afhankelijkheid van de patiënt als volgt:

Often, through lack of time or resources for independent investigation by everyone involved, we are forced to accept the sayso of suitably qualified experts. You may question your physician’s diagnosis, or ask for a second or third opinion – but in the end, you listen to your doctor. It is rational to trust the diagnosis of well-qualified practitioners, which seem to have more authoritative value than your own inexpert speculations.

Dit gegeven kan de arts strategisch gebruiken in zijn argumentatie door ter ondersteuning van een medisch advies (of delen daarvan) expliciet een beroep te doen op zijn medische kennis of expertise; hij presenteert dan een autoriteitsargument. In de volgende paragraaf zal ik autoriteitsargumentatie nader analyseren. Ik maak daarbij een onderscheid tussen het ‘argument *van* autoriteit’ en het ‘argument *met* autoriteit’.

3 *Autoriteitsargumentatie van de arts*

In een autoriteitsargument presenteert een discussiant de instemming van een autoriteit met het standpunt als een teken van de aanvaardbaarheid van dit standpunt (Van Eemeren en Grootendorst, 1992, p.163; Garssen, 1997, p.11; en Schellens, 2006, p.6). Het argumentatieschema van autoriteitsargumentatie kan als volgt worden weergegeven:

- 1 Uitspraak U is aanvaardbaar.
- 1.1 Autoriteit A is van mening dat U .
- 1.1’ Dat A van mening is dat U geeft aan dat U aanvaardbaar is.

Het standpunt in een autoriteitsargument komt neer op (1) ‘Uitspraak U is aanvaardbaar’. De premissen in het argument zijn (de minorpremissie, 1.1) ‘Autoriteit A is van mening dat U ’ en (de majorpremissie, 1.1’) ‘De mening van A geeft aan dat U aanvaardbaar is’. Een voorbeeld van een autoriteitsargument is ‘Ik raad u aan om psychosomatische fysiotherapie te volgen. Mijn andere patiënten hebben daar namelijk goede ervaringen mee’.

In de literatuur over autoriteitsargumentatie wordt er over het algemeen van uitgegaan dat de discussiepartij die een autoriteitsargument presenteert daarin een externe bron aanhaalt (zie bijvoorbeeld de analyse van dit argument door Walton, 1997, pp.63-90). Zo kan die partij verwijzen naar een vooraanstaand deskundige, een woordenboek of een officiële organisatie. Het is mijns inziens echter ook mogelijk dat een discussiant in een autoriteitsargument aan zichzelf refereert. Hij kan bijvoorbeeld zijn eigen deskundigheid, ervaring, expertise, kennis of professionaliteit aanhalen als teken van de aanvaardbaarheid van een (sub)-standpunt.

Door in een autoriteitsargument naar zichzelf te verwijzen, kan een discussiepartij (in dit geval de protagonist) met dit argument in een discussie een aantal strategische functies vervullen die hij niet kan vervullen door in het autoriteitsargument naar een externe bron te verwijzen. Zo kan de protagonist die naar zichzelf verwijst met deze verwijzing retorisch gezien de druk op de andere partij (de antagonist) verhogen om het standpunt te aanvaarden. Als de antagonist het standpunt niet aanvaardt, betekent dat immers dat hij twijfelt aan de (rechtvaardigingskracht van de) autoriteit van de protagonist. In termen van de beleefdheidstheorie schaadt de antagonist dan het positieve gezicht van de protagonist, terwijl gesprekspartners elkaars gezicht in de regel juist zo veel mogelijk willen ontzien (Brown en Levinson, 1987, pp.61-64). Naast een beroep op zijn kennis of macht op het gebied van het standpunt zet de protagonist met de verwijzing naar zijn eigen autoriteit de antagonist ook vanuit beleefdheidsoverwegingen onder druk om af te zien van twijfel aan het autoriteitsargument en dus het standpunt te aanvaarden (wat hij niet doet wanneer hij naar een externe bron verwijst in het autoriteitsargument).

Vanwege de verschillende strategische functies van deze twee varianten van autoriteitsargumentatie, zal ik in mijn analyse van autoriteitsargumentatie van de arts het volgende onderscheid maken: de term ‘argument *van* autoriteit’ gebruik ik exclusief voor een argument op basis van de autoriteit van een externe bron en de term ‘argument *met* autoriteit’ voor een argument op basis van de autoriteit van de discussiepartij zelf. Ik zal me in mijn analyse richten op de strategische functies van een argument met autoriteit van de arts in medische consultatie, omdat de arts met deze variant strategisch gebruik kan maken van de asymmetrie in medische kennis en expertise tussen arts en patiënt.

De verschillende varianten van autoriteitsargumentatie kunnen in medische discussies van pas komen. In *consult 1* presenteert een kinderarts bijvoorbeeld een argument van autoriteit om in het medische consult haar advies te ondersteunen.⁷

Consult 1: Fragment van een argumentatieve discussie tussen een kinderarts (A) en de moeder (M) van een kleuter met gedrags- en ontwikkelingsproblemen

- 1 A: Er is een hele kleine aanwijzing in die stofwisseling [van het kind], maar ze [het lab] zeggen: we kunnen dat alleen maar bepalen of bekijken als we nog een aanvullend bloedonderzoek doen.
- 2 M: Maar dat dat niet goed zou werken of, of, hoe moet ik dat uhm...

- 3 A: Grofweg, uhm, moet u daaraan denken, dat er ergens in die stofwisseling een klein foutje zou schuilen waardoor, uhm, de problemen te verklaren valt. Maar ik moet zeggen, ik vind het ook maar een strohalmpje hoor. Ik heb niet zo van: ‘Oh, nou dat is fantastisch; we hebben iets gevonden en, uhm, daar kunnen we mee uit de voeten’. Ik heb zoiets van: ‘Nou, tja... het is een strohalm’. En ik heb zoiets van: nou ja, god, als je zo’n onderzoek doet, en je hebt dus al van die stappen gedaan, en als ze [‘het lab’] dat adviseren – het is wel een hele goeie club die dat nakijkt – dan zal ikzelf de neiging hebben om dat in ieder geval te doen.

In beurt 1 en 3 van dit fragment geeft de arts indirect het advies dat de moeder een aanvullend bloedonderzoek bij haar kind zou moeten laten uitvoeren (‘ze [het lab] zeggen: we kunnen dat alleen maar bepalen of bekijken als we nog een aanvullend bloedonderzoek doen’ en ‘dan zal ikzelf de neiging hebben om dat in ieder geval te doen’). Uit de redenen die de arts in beurt 3 voor dit advies geeft (‘als je zo’n onderzoek doet, en je hebt dus al van die stappen gedaan, en als ze dat adviseren – het is wel een hele goeie club die dat nakijkt’) mag ervan uit worden gegaan dat ze anticipeert op mogelijke aarzeling bij de moeder om dit advies op te volgen – anders zou ze immers geen argumentatie hoeven te presenteren. In deze discussie verwijst de arts naar ‘het lab’ om het standpunt te ondersteunen dat de patiënt een aanvullend bloedonderzoek zou moeten ondergaan (beurt 3). Ze presenteert daarmee een argument van autoriteit. Dit argument kan als volgt worden gereconstrueerd:

- (1) (U [de moeder] kunt uw dochter het beste een aanvullend bloedonderzoek laten ondergaan).
- (1).1 Het lab adviseert een aanvullend bloedonderzoek.
- ((1).1’) (Dat het lab van mening is dat de patiënt het beste een aanvullend bloedonderzoek kan ondergaan, geeft aan dat de moeder haar dochter het beste dit aanvullende onderzoek kan laten ondergaan).

Ook *consult 2* illustreert hoe een arts gebruik kan maken van autoriteitsargumentatie. In dit consult presenteert de arts echter een andere variant van autoriteitsargumentatie, namelijk een argument met autoriteit. In het consult bespreken een huisarts en een patiënt het verwijderen van een atheroomcyste (een goedaardig huidgezwel).⁸

Consult 2: Fragment van een argumentatieve discussie tussen een huisarts (A) en een patiënt (P) over het verwijderen van een atheroomcyste

- 1 P: En dan wilde ik gelijk nog iets vragen.
- 2 A: Ja?
- 3 P: Is het mogelijk om een verwijskaart te krijgen naar het ziekenhuis voor die bobbel op m’n hoofd of, ehm, moet ik ’t toch gewoon hier bij uzelf laten doen?
- 4 A: Nou, je moet niks, maar...
- 5 P: Nee, het punt is, ja, mijn moeder heeft het weg laten halen in het ziekenhuis en zij zegt ‘Joh, ga nou naar dezelfde, ’t...’
- 6 A: Ik denk dat ik het net zo goed en misschien nog wel beter kan dan die mensen in het ziekenhuis. Het was toch zo’n, zo’n, zo’n atheroomcyste op je hoofd?
- 7 P: Jaha, hij wordt ja, m’n moeder, die, ehm, die komt iedere dag daarmee natuurlijk...
- 8 A: Tsjaa...

- 9 P: Ja...
- 10 A: Je moet 'm er niet bij mij uit laten halen, maar ik zeg het, ik kan het zeker zo goed als iemand in het ziekenhuis. Ik heb al tientallen van die dingen weggehaald en het is, op zich, een fluitje van een cent.
- 11 P: Ja.

In *consult 2* adviseert de arts impliciet om hem de atheroomcyste van de patiënt te laten verwijderen en niet de medici in het ziekenhuis. Hoewel hij dit niet expliciet zegt, kan dit afgeleid worden van zijn reactie op het verzoek van de patiënt om een verwijfsbriefje (beurt 3). De arts is van mening dat een verwijzing niet nodig is: 'ik zeg het, ik kan het zeker zo goed als iemand in het ziekenhuis' (beurt 10, zie ook zijn eerdere uitspraak in beurt 6). Het feit dat de arts zijn deskundigheid presenteert als argument om zijn advies te ondersteunen, vormt een argument met autoriteit. De arts benadrukt namelijk zijn professionele autoriteit op het gebied van het verwijderen van atheroomcysten en presenteert deze als teken van de aanvaardbaarheid van zijn advies. Dit argument met autoriteit kan als volgt worden weergegeven:

- (1) (Je [de patiënt] kunt de atheroomcyste het beste door mij [de huisarts] laten verwijderen).
- (1).1 Ik [als arts] zeg dat je de atheroomcyste het beste door mij kunt laten verwijderen.
- ((1).1') (Dat ik [als arts] van mening ben dat je de atheroomcyste het beste door mij kunt laten verwijderen, geeft aan dat je de atheroomcyste het beste door mij kunt laten verwijderen).

Het argument met autoriteit vertoont een zekere gelijkenis met het beroep op *ethos* zoals dat beschreven is in de klassieke retorica. Het beroep op *ethos* is een persuasie-middel waarvan een spreker gebruikmaakt als hij zijn karakter benadrukt om de steun van het publiek te winnen (Aristoteles, *Rhetorica* I_{2-1356a}).⁹ Zo kan de spreker zijn deskundigheid of ervaring in de strijd gooien. Dit gebeurt bijvoorbeeld in: 'Voor mij – als oud-schoolarts – is het duidelijk dat kinderen gemakkelijk onzeker en angstig kunnen worden, onder meer door onbegrepen communicatie, te hoge eisen, onderwaardering of overdreven waardering' (*NRC Handelsblad*, 07-01-12, cursivering RP). Net als in een argument met autoriteit doet de discussiant hier een beroep op zijn autoriteit om het standpunt aannemelijk te maken, zij het dat dit beroep niet de vorm aanneemt van een argument.

Juist omdat een discussiant zijn autoriteit in een beroep op *ethos* niet als argument presenteert, is er echter een belangrijk verschil tussen een beroep op *ethos* en een argument met autoriteit. Een discussiant die een argument met autoriteit presenteert, werpt zijn autoriteit op als teken van de aanvaardbaarheid van een (sub)standpunt. Het gevolg hiervan is dat hij eraan gehouden kan worden dat hij een autoriteit is en dat zijn uitspraak als autoriteit een teken is van de aanvaardbaarheid van het standpunt. Indien nodig moet de discussiant hiervoor dan ook de bewijslast op zich nemen ('Vertelt u eens waarom u deskundig bent op dit gebied' en 'Maar waarom geldt uw uitspraak als teken van de aanvaardbaarheid van het standpunt?'). Een discussiant die een beroep doet op *ethos* presenteert zichzelf daarentegen niet als autoriteit ter ondersteuning van een specifiek (sub)standpunt. Hij hoeft daarom ook geen verantwoording af te leggen over de rechtvaardigingskracht van de opgeroepen autoriteit (eventueel wel over de opgeroepen autoriteit, maar dat is afhankelijk van hoe de spreker

deze autoriteit heeft opgeroepen¹⁰). Een beroep op *ethos* kan daarom tegelijk de aanvaardbaarheid van verschillende uitspraken van de discussiant beïnvloeden en dit is niet het geval bij een argument met autoriteit.

4 *Het argument met autoriteit van de arts als strategische manoeuvre*

In een discussie in medische consultatie kan een arts strategisch gebruikmaken van het argument met autoriteit. Aan de hand van het concept ‘strategisch manoeuvreren’, geïntroduceerd in de uitgebreide pragma-dialectische argumentatietheorie (Van Eemeren, 2010, pp. 39-43), kan de manier waarop de arts strategisch gebruikmaakt van dit argument systematisch worden geanalyseerd. In deze paragraaf zal ik daarom de strategische functies van het argument met autoriteit van de arts vanuit pragma-dialectisch oogpunt analyseren.

De pragma-dialectische argumentatietheorie heeft als uitgangspunt dat discussianten hun verschil van mening in principe op een redelijke wijze proberen op te lossen (Van Eemeren & Grootendorst, 1982, pp.51-53). Met hun argumentatie doen de discussianten een beroep op redelijkheid in plaats van het geschil op een andere wijze uit de weg te ruimen (zoals door met elkaar op de vuist gaan of lootjes te trekken). Toch willen ze het verschil van mening natuurlijk ook graag in hun eigen voordeel oplossen (Van Eemeren, 2010, pp.36-39). De discussianten zullen er in de praktijk dan ook tegelijkertijd naar streven om het meningsverschil op een redelijke wijze op te lossen (hun dialectische doel) en hun eigen gelijk te halen (hun retorische doel). In elke discussiebijdrage probeert een discussiant zijn dialectische en retorische doelen zo veel mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen en eventuele fricties ertussen te verminderen; dit wordt strategisch manoeuvreren genoemd. In de uitgebreide pragma-dialectische argumentatietheorie worden discussiebijdragen daarom gezien als strategische manoeuvres (Van Eemeren, 2010, pp.39-43).

Een discussiant streeft er in zijn strategische manoeuvres naar om een opportune selectie te maken uit het *topisch potentieel*, zijn bijdrage af te stemmen op de ‘*demands*’ van het *auditorium* en effectief gebruik te maken van *presentatiemiddelen* (Van Eemeren, 2010, pp.93-96). Hoe de discussiant deze drie aspecten tot uiting laat komen in een strategische manoeuvre hangt af van het communicatieve activiteitstype waarin de discussie plaatsvindt, de discussiefase waaraan de discussiant een bijdrage levert en de argumentatieve situatie. Een argument met autoriteit van de arts kan vanuit het perspectief van strategisch manoeuvreren dus geconceptualiseerd worden als het resultaat van de meest opportune selectie van de arts uit het topisch potentieel in de argumentatiefase van een discussie in medische consultatie, waarmee hij zo veel mogelijk inspeelt op de verwachtingen, behoeften en wensen van de patiënt, en gebruikmaakt van de meest effectieve presentatiemiddelen die voorhanden zijn.

4.1 *Topisch potentieel* Op basis van het communicatieve activiteitstype van medische consultatie kan verwacht worden dat een arts in de argumentatiefase het dialectische doel nastreeft om de aanvaardbaarheid van het medische advies te toetsen, terwijl hij het retorische doel nastreeft om de patiënt het advies te doen aannemen. Het topisch potentieel bestaat in deze discussiefase uit het arsenaal van argumenten die de arts in de consultatie te berde kan brengen (Van Eemeren, 2010, p.100).

In zijn selectie uit het topisch potentieel moet de arts de keuze maken voor een bepaald argumentatie(sub)type. Hij kan bijvoorbeeld pragmatische argumentatie presenteren om een bepaalde aanpak aannemelijk te maken ('Het is verstandig om één metforminetablet per dag in te nemen, want dat zorgt ervoor dat de lever minder glucose aanmaakt'), maar ook vergelijkingsargumentatie ('want dat is vergelijkbaar met het volgen van een strikt dieet') of autoriteitsargumentatie ('want onderzoek toont aan dat dat het effectiefst is').

Met een keuze voor autoriteitsargumentatie kan de arts een gedetailleerde medische discussie vermijden. In een autoriteitsargument ondersteunt een discussiant het standpunt immers met een beroep op een bepaalde autoriteit en niet zozeer door te wijzen op oorzaken, gevolgen, eigenschappen of kenmerken van datgene waarop het standpunt betrekking heeft. Zo hoeft de arts in *consult 2* (paragraaf 3) niet verder in te gaan op de medische redenen waarom hij minstens zo goed de atheroomcyste van de patiënt kan verwijderen als het ziekenhuis. Een arts die de patiënt met autoriteitsargumentatie weet te overtuigen, hoeft dus geen nadere discussie over het medische probleem in kwestie te voeren. Wanneer het verschil in medische expertise tussen de arts en de patiënt te groot is om een gedetailleerde discussie te voeren in de beperkte tijd van de consultatie kan het voor de arts daarom zinvol zijn om te kiezen voor autoriteitsargumentatie.

Als een arts ervoor kiest om een argument met autoriteit te presenteren, maakt hij bovendien strategisch gebruik van de autoriteit die de patiënt *qualitate qua* aan hem toeschrijft bij het aanvragen van de medische consultatie. De patiënt vraagt de consultatie aan vanwege de medische kennis en expertise van de arts; zelfs als de patiënt slechts wilt worden doorverwezen naar een (andere) specialist, schrijft hij die autoriteit toe die nodig is om te bepalen of een dergelijke verwijzing nodig en, zo ja, naar welke (andere) specialist binnen welk tijdsbestek.¹¹ De autoriteit die een patiënt toeschrijft aan de arts hangt of van de 'health literacy' van die patiënt. *Health literacy* wordt door de World Health Organization (2009) als volgt omschreven:

"Health Literacy has been defined as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment".

Hoe hoger de *health literacy* van de patiënt, hoe geïnformeerder en zelfbewuster hij is in een medische discussie. Het verschil in medische kennis en expertise tussen de arts en de patiënt zal bij hogere *health literacy* dan ook minder groot zijn, met als gevolg dat de patiënt wellicht minder onder de indruk is van de deskundigheid van de arts. Niettemin schrijft de patiënt altijd die autoriteit toe aan de arts die minimaal nodig is om hem te adviseren over zijn gezondheidsprobleem. De arts kan strategisch manoeuvreren met deze toegeschreven autoriteit door eraan te refereren in een argument met autoriteit. Het argument vormt dan niet alleen een ondersteuning van het medische advies, maar ook een herinnering aan de reden waarom de patiënt de consultatie heeft aangevraagd.

Met een argument met autoriteit zet een arts de patiënt bovendien retorisch onder druk om zijn advies te aanvaarden. Zoals ik in de vorige paragraaf heb aangegeven, kan een antagonist zich vanuit beleefdheidsoverwegingen genoodzaakt voelen om een argument met

autoriteit te aanvaarden. Gezien het feit dat een medische consultatie doorgaans een een-op-een-gesprek is tussen de arts en de patiënt waarin de patiënt voor advies afhankelijk is van de arts, zullen beleefdheidsoverwegingen voor een patiënt in de consultatie een grote rol spelen. In de discussie zal hij dan ook het positieve gezicht van de arts willen ontzien. Retorisch gezien verhoogt een argument met autoriteit van de arts daardoor de druk op de patiënt om het medische advies te aanvaarden. De arts loopt niettemin het risico dat de patiënt geen boodschap heeft aan beleefdheidsoverwegingen en zijn argument met autoriteit juist probeert te weerleggen door de deskundigheid van de arts in twijfel te trekken of aan te vallen. De arts moet er dus rekening mee houden dat hij met een argument met autoriteit dialectisch gezien kwetsbaar wordt voor aanvallen op zijn autoriteit.

4.2 ‘Demands’ van het auditorium De keuze van de arts voor een argument met autoriteit moet vanuit pragma-dialectisch oogpunt tegelijkertijd geanalyseerd worden als een poging om zijn discussiebijdrage aan te passen aan de ‘demands’ van het auditorium, oftewel de verwachtingen, behoeften en wensen van de patiënt in de medische consultatie. Deze *demands* zijn voor een groot deel afhankelijk van de argumentatieve situatie. Zo zal een patiënt die voor een eenmalige vaccinatie naar de huisarts gaat in de discussie andere voorkeuren hebben dan een patiënt die regelmatig wordt behandeld voor een chronische aandoening.

Ongeacht de argumentatieve situatie is de mate waarin de patiënt actief deel wilt nemen aan het beslissingsproces over het medische advies van belang voor de keuze van de arts om autoriteitsargumentatie te gebruiken. Niet alle patiënten zijn actief betrokken bij de totstandkoming van een medisch advies. Zo zijn ouderen, laagopgeleiden en mannen doorgaans minder actief in het beslissingsproces dan andere patiënten (Say, Murtagh & Thomson, 2006, p.112). Omdat een arts met autoriteitsargumentatie een gedetailleerde medische discussie kan vermijden, kan hij met dit argument zijn discussiebijdragen aanpassen aan patiënten die niet de behoefte hebben om actief deel te nemen aan het beslissingsproces.

Daarnaast zal een arts zich op een bepaald punt in de discussie moeten beroepen op zijn professionele autoriteit als een patiënt over onvoldoende medische kennis of expertise beschikt om actief deel te kunnen nemen aan het beslissingsproces over de behandeling van zijn gezondheidsprobleem. In een dergelijke situatie kan de arts een argument met autoriteit presenteren of een beroep doen op *ethos*. Anders dan bij een beroep op *ethos* zorgt een arts er met een argument met autoriteit voor dat hij zijn dialectisch doel niet uit het oog verliest. Een patiënt kan de aanvaardbaarheid van een argument met autoriteit namelijk indirect toetsen aan de hand van de kritische vragen voor de autoriteitsargumentatie (‘Is de aangehaalde autoriteit wel een autoriteit op een relevant gebied?’, ‘Is zijn mening wel een teken van de aanvaardbaarheid van het standpunt?’, et cetera). In het geval van een beroep op *ethos* maakt de arts niet duidelijk welke specifieke uitspraak op basis van *ethos* wordt ondersteund, zodat een dialectische toetsingsprocedure niet mogelijk is.

Overigens hoeft een argument met autoriteit van de arts dat vanuit argumentatief oogpunt deugdelijk is, niet automatisch als optimaal te worden beschouwd vanuit een medisch juridisch perspectief. Het feit dat een arts met autoriteitsargumentatie een gedetailleerde medische discussie kan vermijden, staat in feite op gespannen voet met de eis van geïnformeerde toestemming (zie voor deze eis: WGBO, 1995, Art. 448). Het voorkomen van een dergelijke discussie zou er immers toe kunnen leiden dat patiënten uiteindelijk over onvoldoende informatie beschikken om geïnformeerde toestemming te verlenen. Aan de andere

kant blijft de arts in principe natuurlijk altijd de mogelijkheid houden om naast het presenteren van een argument met autoriteit ook de medische informatie te presenteren die nodig is voor het verkrijgen van geïnformeerde toestemming van de patiënt.

4.3 Presentatiemiddelen Wanneer een arts een argument met autoriteit presenteert, selecteert hij dit argument uit het topisch potentieel om de ideeën, behoeften en wensen van de patiënt in acht te nemen en zal hij tevens zo goed mogelijk gebruik proberen te maken van de beschikbare presentatiemiddelen in de discussie. Zo stelt Van Eemeren (2010, p.119): ‘Exploiting the possibilities of presentational variation in strategic maneuvering in agreement with one’s topical choices and adjustments to audience demand boils down, in my view, to “framing” one’s argumentative moves in a communicatively and interactionally functional way’. Voor de presentatie van een argument met autoriteit zal de arts er dus naar streven om die presentatiemiddelen gebruiken die maximaal begrijpelijk (‘communicatively functional’) en aanvaardbaar (‘interactionally functional’) zijn voor de patiënt.

De argumentatieve situatie is bepalend voor de effectiviteit van de presentatiewijze van een argument met autoriteit. Wat voor de ene patiënt een begrijpelijke en aanvaardbare presentatiewijze van dit argument van de arts is, hoeft dat voor de andere patiënt niet te zijn. Om de communicatie in medische consultatie zo begrijpelijk mogelijk te maken, is het voor de arts hoe dan ook van belang om rekening te houden met het verschil in medische kennis en expertise tussen de arts en de patiënt dat kenmerkend is voor het communicatieve activiteitstype van medische communicatie.

In het leerboek *Medische psychologie*¹² worden ‘helder formuleren’, ‘medisch jargon vermijden’ en ‘aansluiten bij referentiekader patiënt’ genoemd als relevante vaardigheden van de arts om begrijpelijk te communiceren (De Haes, Zandbelt & Ong, 2007, p.174). Het presenteren van een argument met autoriteit is met name een middel om niet te verzanden in veel medische terminologie (en zodoende aan te sluiten bij het referentiekader van een patiënt die niet thuis is in het medisch jargon). De arts hoeft immers via dit argument niet nader in te gaan op specifieke oorzaken, gevolgen, eigenschappen of kenmerken van het medische advies.

In hoeverre een arts expliciet verwijst naar zijn eigen deskundigheid in een argument met autoriteit kan van invloed zijn op de aanvaardbaarheid van de presentatie van dit argument. Enerzijds kan een expliciete verwijzing van de arts voor de patiënt fungeren als subtiel signaal ter herinnering aan de specifieke reden waarom hij de consultatie juist heeft aangevraagd. Anderzijds kan een dergelijke verwijzing de patiënt juist doen twijfelen aan de autoriteit van de arts: omdat de patiënt aan de arts autoriteit op het gebied van zijn gezondheidsprobleem toeschrijft, kan een verwijzing naar deze autoriteit functioneren als een schending van de Griceaanse maxime van kwantiteit (‘Make your contribution as informative as is required (for the current purposes of the exchange)’ (Grice, 1989, p.26)); de verwijzing bevat voor de patiënt immers overbodige informatie. Ervan uitgaande dat de arts een coöperatieve gesprekspartner is, zal de patiënt de verwijzing daardoor interpreteren op een manier die wel relevant is voor het doel van het gesprek. Dit gebeurt bij de interpretatie dat de arts geen relevante autoriteit is op het gebied van het standpunt (‘Als de arts moet benadrukken dat hij een autoriteit is op dit gebied, dan is er iets niet helemaal in de haak’). De verwijzing is dan gepresenteerd op een voor de patiënt onaantvaardbare wijze. In zijn strategische manoeuvres moet de arts dus rekening houden met dit mogelijke effect van het verwijzen naar zijn professionele autoriteit.

5 *Conclusie*

In dit artikel heb ik met behulp van de uitgebreide pragma-dialectische argumentatietheorie geanalyseerd hoe een arts in medische consultatie strategisch kan manoeuvreren met een argument met autoriteit. Vanwege de asymmetrie in medische kennis en expertise tussen arts en patiënt die kenmerkend is voor het communicatieve activiteitstype van medische consultatie, en de beperkte tijd die er doorgaans staat voor het consult, kan een argument met autoriteit voor de arts een opportune selectie uit het topische potentieel vormen: met de keuze voor dit argument kan hij een gedetailleerde medische discussie vermijden en strategisch gebruikmaken van de autoriteit die de patiënt aan hem toeschrijft bij het aanvragen van het medische consult. Doordat een arts met dit argument een gedetailleerde discussie kan vermijden, is een argument met autoriteit tevens geschikt om in te spelen op de 'demands' van patiënten die niet actief betrokken willen of kunnen zijn bij het vaststellen van de behandeling van hun gezondheidsprobleem. Tegelijkertijd vormt dit argument een presentatiemiddel waarmee de arts kan voorkomen dat de argumentatieve discussie verzandt in medische terminologie.

Het feit dat een arts in een medische consultatie strategisch gebruik kan maken van een argument met autoriteit betekent niet dat hij dit altijd op een redelijke wijze doet. Vanuit argumentatief oogpunt zit er een aantal haken en ogen aan dit argument. Zo kan een arts met dit argument een argumentatieve discussie afkappen of zich deskundiger voordoen dan hij daadwerkelijk is. De argumentatie van de arts moet dan vanuit pragma-dialectische oogpunt als een drogreden beschouwd worden, een belemmering van het op redelijke wijze oplossen van het verschil van mening (Van Eemeren & Grootendorst, 1992). Vanuit medisch oogpunt kan een argument met autoriteit het ideaal van een gedeeld beslissingsproces in de weg staan doordat de arts door dit argument te presenteren kan nalaten de patiënt voldoende te informeren over zijn gezondheidsprobleem en de behandelmogelijkheden. Ook vanuit juridisch opzicht is dit onwenselijk: de arts voldoet dan niet aan de eis van geïnformeerde toestemming. De in dit artikel gepresenteerde analyse van het argument met autoriteit van de arts als strategische manoeuvre kan als startpunt gebruikt worden voor het beoordelen van de redelijkheid van dit argument in de praktijk; de analyse legt de strategische overwegingen van de arts bloot en indiceert mogelijke consequenties voor de consultatie.

Noten

- 1 Ik ben Frans van Eemeren en Bert Meuffels zeer dankbaar voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel. Ook heb ik veel gehad aan de kritische opmerkingen van de anonieme reviewers.
- 2 Waar 'hij' / 'zijn' staat in dit artikel kan uiteraard ook 'zij' / 'haar' gelezen worden.
- 3 In tegenstelling tot bijvoorbeeld huisartsen in de Verenigde Staten vervullen huisartsen in Nederland een zogenaamde 'poortwachtersfunctie'; zij bepalen over het algemeen of een patiënt specialistische geneeskunde nodig heeft (Van den Bosch, 1994, p.2648). In de regel komt de patiënt dus eerst bij een huisarts terecht voordat hij gebruik kan maken van medische zorg uit de tweede linie. Door dit verwijzingsstelsel wordt de patiënt in zekere zin gedwongen om de arts autoriteit toe te schrijven op het gebied van het bepalen of een verwijzing nodig is en, zo ja, naar welke specialist en op welke termijn. Slechts in uitzonderlijke situaties kan de patiënt direct gebruik maken van specialistische geneeskunde, bijvoorbeeld bij een eerstehulppost in het ziekenhuis.

- 4 In dit artikel ga ik er gemakshalve van uit dat het medische advies altijd het eindpunt van de consultatie vormt en dat een diagnose en/of prognose slechts een onderdeel is van de totstandkoming van dit advies.
- 5 In Nederland heeft een huisarts die voltijd werkt de zorg voor circa 2.500 patiënten (Kroneman, Van der Zee & Groot, 2009, p.26). Gezien het feit dat iedere Nederlander zijn arts gemiddeld rond de vier keer per jaar consulteert (CBS, 2010), is de tijd voor een medische consultatie beperkt. In 2001 duurde een huisartsconsultatie bijvoorbeeld gemiddeld net iets korter dan tien minuten (Van den Berg, 2004, p.321). Uit de *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* blijkt dat in dat jaar bijna de helft van alle huisartsconsultaties tussen de zes en tien minuten in beslag nam, 40% van de consultaties duurde langer dan tien minuten en ongeveer 14% korter dan zes minuten (Cardol, Van Dijk, De Jong, De Bakker en Westert, 2004, p.12).
- 6 De *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst* is een onderdeel van het *Burgerlijk Wetboek* (Boek 7, *Bijzondere overeenkomsten*).
- 7 Voorbeeld afkomstig uit de database van het *Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg* (transcriptie RP), geselecteerd op de aanwezigheid van autoriteitsargumentatie.
- 8 Voorbeeld afkomstig uit de database van het *Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg* (transcriptie Nanon Labrie), geselecteerd op de aanwezigheid van autoriteitsargumentatie.
- 9 Aristoteles (*Rhetorica* I_{2-1356a}) is de eerste die *ethos* als persuasie-middel bespreekt. Hij onderscheidt *ethos* van *pathos* en *logos*. Een spreker maakt volgens hem gebruik van *pathos* wanneer hij inspeelt op de emoties van het publiek en van *logos* wanneer hij voorbeelden of enthymemen aandraagt ter ondersteuning van zijn claims.
- 10 Een spreker die bijvoorbeeld door zijn welsprekendheid een beroep doet op *ethos* (zie voor welsprekendheid en *ethos*: Leff, 2009, pp. 306–308), hoeft hiervoor geen bewijslast op zich te nemen. Hij laat zijn *ethos* louter blijken uit de manier waarop hij spreekt en kan er dus niet aan gehouden worden dat hij de opgeroepen autoriteit ook daadwerkelijk bezit.
- 11 Als de patiënt een consultatie aanvraagt om een medisch advies van de arts zelf te krijgen, dan schrijft de patiënt autoriteit op basis van expertise (*authority of expertise* of *de facto*-autoriteit) toe aan de arts op het gebied van zijn gezondheidsprobleem. Als de patiënt als doel heeft om te worden doorverwezen naar een specialist, dan schrijft hij autoriteit op basis van bevel (*authority of command* of *de jure*-autoriteit) toe voor deze doorverwijzing en autoriteit op basis van expertise om te bepalen of en naar wie er moet worden doorverwezen (zie voor het onderscheid tussen de twee soorten autoriteit: Goodwin, 1998, p.268; Walton, 1997, p.22).
- 12 Het leerboek *Medische psychologie* (Kaptein, 2007) wordt gebruikt bij de opleiding Geneeskunde van onder andere de Universiteit van Amsterdam, de Radboud Universiteit Nijmegen en de Vrije Universiteit.

Bibliografie

- Aristotle. *Ars Rhetorica*. Vertaald door Lawson-Tancred, H.C. (2004). London: Penguin Books.
- Berg, M. van den (2004). Drukke praktijken, minder tijd voor patiënten? *Huisarts & Wetenschap*, 47(7).
- Bosch, W.J.H.M. van den (1994). Huisarts en poortwachter. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138(53), 2646–2649.
- Brown, P. & Levinson, S.C. (1987). *Politeness: Some universals in language use*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cardol, M., Dijk, L. van, Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht / Bilthoven: NIVEL / RIVM.
- CBS (2011). *Gebruik medische voorzieningen; t/m 2009*. Geraadpleegd op 24 april 2012, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7042mc&D1=0-219,260-314,402-425&D2=21&VW=T>.
- Charles C, Redko C, Whelan T, Gafni A, & Reyno L. (1998). Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer. *Sociology of Health and Illness*, 20, 71–95.

Strategisch manoeuvreren in medische consultatie

- Dickerson, S., Reinhart, A.M., Feeley, T.H., Bidani, R., Rich, E., Garg, V.K., e.a. (2004). Patient internet use for health information at three urban primary care clinics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(6), 499-504.
- 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 & Grootendorst, R. (1982). *Regels voor redelijke discussies: Een bijdrage tot de theoretische analyse van argumentatie ter oplossing van geschillen*. Floris publications: Dordrecht / Cinnaminson.
- Eemeren, F.H. van & Grootendorst, R. (1992). *Argumentation, communication, and fallacies: A pragma-dialectical perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Garssen, B.J. (1997). *Argumentatieschema's in pragma-dialectisch perspectief: Een theoretisch en empirisch onderzoek* (Proefschrift Universiteit van Amsterdam). Amsterdam: IFOTT.
- Goodwin, J. (1998). Forms of authority and the real *ad verendum*. *Argumentation*, 12(2), 267-280.
- Grice, P.(1989). Logic and conversation. In: Grice, P.(Red.) *Studies in the way of words* (pp. 22-40). Cambridge / Londen: Harvard University Press.
- Haes, J.C.J.M. de, Zandbelt, L.C. & Ong, L.M.L. (2007). Communicatie van arts en patiënt. In: Kaptein, A.A., Erdman, R.A.M., Prins, J.B. & Wiel, H.B.M. van de (Red.). *Medische psychologie* (pp. 171-186). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jung, H.P., Wensing, M. & Grol, R. (2001). Tussen paternalisme en consumentisme: Het dilemma van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 44, 19-25.
- Kroneman, M., Zee, J. van der & Groot, W. (2009). Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. *BMC Health Services Research*, 9(26).
- Leff, M. (2009). Perelman, *ad hominem* argument, and rhetorical *ethos*. *Argumentation* 23(3), 301-311.
- Légaré, F., Elwyn, G., Fishbein, M., Frémont, P., Frosch, D., Gagnon, M.P., e.a. (2008). Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts. *Implementation Science*, 3(2), 1-6.
- Say, R., Murtagh, M. & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60, 102-114.
- Schellens, P.J. (2006). *'Bij vlaggen loepzuiver': Over argumentatie en stijl in betogende teksten*. Nijmegen: Thieme Media-Center.
- Snoeck Henkemans, A.F. & Wagemans, J.H.M. (te verschijnen). De redelijkheid van deskundigheidsargumentatie in medische discussies: Institutionele waarborgen voor de kwaliteit van het proces van *shared decision making*. Gepresenteerd op VIOT 2011.
- Walton, D. (1997). *Appeal to expert opinion: Arguments from authority*. University Park: The Pennsylvania State University Press.
- WGBO (1995). *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Geraadpleegd op 24 april 2012, http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/geldigheidsdatum_24-04-2012.
- Woods, J. & Walton, D. (1989). *Fallacies: Selected Papers 1972-1982*. Dordrecht en Providence: Floris Publications.
- World Health Organization (2009). *Health promotion, Track 2: Health literacy and health behaviour*. Geraadpleegd op 2 augustus 2012, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.