

GERARD JANSBERGEN

HET KANSSPEL IN DE GENEES- KUNDE

EEN PLEIDOOI VOOR GEZONDE ZORG



© 2013 Gerard Jansbergen

Het kansspel in de geneeskunde, eerste druk, november 2013

Meer informatie over dit boek: www.hetkansspelindeneeskunde.nl

Titel:	Het kansspel in de geneeskunde
Ondertitel:	Een pleidooi voor gezonde zorg
Auteur:	Gerard Jansbergen
Art director:	Gerdien Keijser, Lijnenspel.nl
Infographics:	Kim Raad
Foto omslag:	Maria Wirtz
Foto auteur omslag:	Privécollectie auteur
Druk:	Grafistar

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur. De uitgever en auteur zijn niet aansprakelijk voor enige schade, voortvloeiend uit het lezen van dit boek. Alle rechten voorbehouden.

NUR 870

ISBN 978-94-90085-469

“In the varied topography of professional practice, there is the high, hard ground overlooking the swamp. On the high ground, manageable problems lend themselves to solution through the application of research-based theory and technique. In the swampy lowland, messy, confusing problems defy technical solutions. The irony of this situation is that the problems of the high ground tend to be relatively unimportant to individuals or society at large, however great their technical interest may be, while in the swamp lie the problems of greatest human concern.”

Donald Schön

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	11
1. Het grijze gebied	15
2. De complexiteit van gezondheid	29
Gezondheid en ziekte	
Ontwikkeling van gezondheid	
Ontwikkelingsplasticiteit	
Homeostase	
Essentiële voorwaarden voor gezondheid	
Gezondheidsproblemen en de diagnose	
Is er eenduidigheid in diagnoses?	
Samenvatting	
3. Mist in het grijze gebied	63
Check-up	
Verschillende behandelingsdoelen met medicatie	
Medicatie als experiment bij risicofactoren	
Trucs	
Feiten spreken niet voor zich	
Wat is waar?	
Casino	
Samenvatting	

- 4. Cholesterol: moeilijke stof** **91**
- Het geheel en de delen
 - De cholesterolkwestie
 - Wat is cholesterol?
 - Is cholesterol schadelijk?
 - De relatie tussen hart- en vaatziekten en cholesterol
 - Interventie met statines
 - Het effect van statines op hart- en vaatziekten
 - Belang en overtuigingen
 - De juiste strategie
 - Casus
 - Samenvatting
- 5. De zorgparadox** **127**
- De artseneed volgens Hippocrates
 - Het regelsysteem: van ethiek naar kritiek en politiek
 - De patiënt in het regelsysteem
 - De arts in het regelsysteem
 - Regelproducten: DOT, EBM, EPD
 - Kwantiteit of kwaliteit
 - De illusie van rationaliteit
 - Hoe verder?
 - Samenvatting
- 6. Geloof in medische kennis** **175**
- Overdreven geneeskunde
 - Geloof en anti-geloof
 - Twijfel

Onbegrepen casuïstiek
Kruisvaarders
Voorbeelden van geloof en anti-geloof
Samenvatting

7. De mondige patiënt 207

Patiënt zijn of een gezondheidsprobleem hebben
Patiëntenreacties
Rechten en plichten
De positie van de dokter
Een vaardige gesprekspartner
Samenvatting

8. Gezonde geneeskunde 227

Een goed consult
Drie dimensies van gezonde geneeskunde
Toepassing van de drie dimensies in de praktijk
Valkuilen
Gezondheid is van jou
Zijn er nog generalisten?
Samenvatting

9. Terug naar Hippocrates 249

Hoe word je een vaardige gesprekspartner?
Wat kunnen bestuurders en artsen doen?
Gaait dit allemaal lukken?

10. La medica commedia 259

11. Gezondheid als levend kunstwerk	265
Dankwoord	269
Begrippenlijst	271
Eindnoten	275

VOORWOORD

Gebruikers van medische zorg hebben meestal geen idee wat hen mankeert en wat ze slikken. Ze denken dat voor alles een oplossing bestaat die wetenschappelijk is onderzocht. Dat leidt tot hoge verwachtingen die niet kunnen worden waargemaakt.

In de geneeskunde bestaat een groot, grijs gebied, waar wetenschap ontbreekt en handelen plaatsvindt op het kompas van ervaring. Artsen weten dit en leren er mee om te gaan. Sommigen doen dat door zich te verschansen achter de beperkte kennis die beschikbaar is. Anderen zijn creatiever en gebruiken hun ervaring om samen met de patiënt tot een passende oplossing te komen.

De overheid en de bestuurders in de zorg willen cijfers, want daarmee kunnen zij sturen. Cijfers zijn alleen te krijgen als met omschreven eenheden wordt gewerkt. Een diagnose is zo'n eenheid. In het grijze gebied bestaan diagnoses voornamelijk uit omschrijvingen van waarnemingen, zonder dat men precies begrijpt hoe de kwestie in elkaar zit. Een prikkelbare darm, burn-out en ADHD zijn bekende voorbeelden. Dergelijke omschrijvingen zeggen niet zoveel, maar ze zijn wel te tellen. En daarna kunnen overheid en bestuurders vaststellen hoe ze de zorg hiervoor willen regelen en hoeveel geld ze er aan willen besteden. Zo denken zij de zorg onder controle te houden, terwijl de kwaliteit onduidelijk is en de kosten uit de hand lopen.

Dit boek is geschreven vanuit het perspectief van gezondheid. Het helpt je om te begrijpen hoe zaken in elkaar steken en hoe je grip op je eigen probleem kunt krijgen. Je kunt alleen meepraten en meebeslissen over gezondheid als je geïnformeerd bent. Daar ontbreekt

momenteel nogal wat aan. Als je iets mankeert, ga je naar de dokter en die komt met een oplossing. Meestal is dat een standaardoplossing. Voor pijn een pijnstiller, bij maagzuur een maagzuurremmer. Soms mankeer je niets, maar is een meetwaarde niet in orde. Ook daarvoor is een standaardoplossing. Is je cholesterol verhoogd? Dan krijg je een cholesterolverlagend middel voorgeschreven. Daar blijft het meestal bij.

Als je als patiënt niet weet wat er aan de hand is en er niet naar vraagt, word je een volger. In vertrouwen en onwetendheid begin je aan een voorgeschreven behandeling. Daar ga je soms eindeloos mee door - tenzij je zelf op zoek gaat of een dokter hebt die de tijd neemt om je alles uit te leggen. Dan hoor je het hele verhaal en besef je dat je zelf ook iets te kiezen hebt.

Zelf meedenken als je iets mankeert kost moeite, maar het is de moeite waard. In mei 2013 kopte het gezaghebbende tijdschrift *British Medical Journal* (BMJ) een artikel met de titel *'Let the patient revolution begin'*¹. De auteurs geven daarin aan dat het huidige medische systeem op de schop moet. De geneeskunde van dit moment is paternalistisch, duur en vaak onbewezen. Patiënten worden slecht geïnformeerd. Conservatisme onder artsen en gevestigde belangen houden de situatie in stand. De enige partij die uitkomst kan bieden is de patiënt. Meer dan ooit zal geïnvesteerd moeten worden in partnership tussen patiënten en artsen, niet alleen als het gaat om de keuze van mogelijkheden in medisch beleid, maar ook voor wat betreft de ontwikkeling van wetenschap. Aldus BMJ.

Je zult ontdekken dat er, ondanks alle goede bedoelingen, een kloof gaapt tussen jouw verwachtingen en de

werkelijkheid in de geneeskunde. Actief meedenken stimuleert je om mogelijkheden te zien en niet alleen standaardoplossingen. Onthoud dat weinig vaststaat in de geneeskunde. Om je individuele mogelijkheden te verbreden, pleit ik voor pluriforme geneeskunde. Daarmee bedoel ik dat verschillende medische zienswijzen een vaste plaats krijgen in de geneeskunde. Een miljoen Nederlanders is daarmee bekend². Door zelf je positie te bepalen, zorg je niet alleen beter voor jezelf, maar maak je ook de geneeskunde gezonder.

HET GRIJZE GEBIED

Patiënten en artsen leven in verschillende werelden die elkaar moeilijk bereiken, tenzij ze allebei een stap maken. Dat is de belangrijkste conclusie uit dit boek. Patiënten gaan uit van hun eigen gezondheidssituatie. Het is hun leefwereld, waarin ze concreet beleven hoe het met hen is. Artsen denken abstract en vergelijken de situatie van de patiënt met die van andere patiënten. Ze kijken naar de overeenkomsten en niet naar de verschillen. En daar zit nu precies het spanningspunt. Soms werkt die medische benadering goed, vaak averechts. Door licht op dit spanningspunt te laten schijnen, hoop ik dat je beter in staat bent om te begrijpen hoe het werkt in de geneeskunde. Ik begin bij mijn eigen praktijksituatie.

Iemand die voor de eerste keer bij de dokter komt, heeft vaak een aantal klachten en vragen. Soms is die lijst lang, vooral als er in het verleden geen oplossingen en antwoorden zijn gevonden. Met een lange lijst weten huisartsen geen raad. Zij hebben er ook geen tijd voor. Het spreekuur is zo georganiseerd dat ze één klacht per consult kunnen bespreken. Als ik nog huisarts was geweest, zou ik zenuwachtig worden van zo'n lijst. Sinds ik op een andere manier werk en mijn tijden daar op aanpas, heb ik meer rust. Nu zie ik mensen met een lijst als een uitdaging. Mijn belangrijkste taak is het bekijken van de samenhang tussen de verschillende kwesties, waarbij ik luister hoe iemand dat beleeft en wat hij daarvan vindt. In het eerste consult zijn de geesten nog vrij van beeldvorming en kunnen de grote lijnen worden

bepaald. Die kans krijg je als arts geen tweede keer. Er is maar één eerste indruk. Het opknippen van een complex gezondheidsprobleem in delen die in afzonderlijke consulten worden besproken, is een extra probleem bij het zoeken naar samenhangende oplossingen.

Als iemand veel klachten en vragen heeft, blijkt het in het begin vaak moeilijk te zijn om kop en staart te onderscheiden. Daarom vraag ik de patiënt meestal om te beginnen met het onderwerp dat de meeste aandacht vraagt. Soms ben ik directief. Als ik een situatie niet vertrouwd en aanwijzingen heb dat iets snel moet worden aangepakt, stuur ik gericht naar een bestaande oplossing. Dat is soms nodig. Meestal gaat het anders en bakken we het 'brood' uit de ingrediënten die de patiënt en ik meebrengen. Met andere woorden: in de route die we volgen, zit onderweg wel een aantal vaste punten, maar de uitkomst is steeds anders. Die bevat onvoorspelbare, verrassende elementen. De uitdaging voor mij is om zo veel invloed uit te oefenen dat iemand zich met de juiste inspanningen weer zo gezond mogelijk voelt.

Misschien verbaast je dat en dacht je dat er voor elk medisch probleem een van tevoren onderzochte en bewezen oplossing is. Helaas is dat zelden het geval. En als het al zo is, gaat het meestal over acute, soms levensbedreigende zaken. Maar bij langdurige gezondheidsproblemen is zelden of nooit een vaststaande oplossing voorhanden. Die oplossing wordt gevonden tijdens het proces. We moeten het met onzekerheid doen in afwachting van meer kennis en inzicht.

Omdat dit een belangrijk onderwerp is, ga ik er wat dieper op in. Mensen zijn geen machines die in de machinefabriek worden gemaakt. Onze eigenschappen verschillen van elkaar, al verschillen ze wel binnen zekere grenzen. Iedereen moet ademen, drinken en eten om te kunnen

leven. Zuurstof kunnen we enkele minuten missen, water enkele dagen, voedsel een aantal weken. Binnen die grenzen bestaat veel onderlinge variatie. Dat geldt ook voor onze emotionele en geestelijke eigenschappen. De levende natuur, dus ook de mens, bestaat bij de gratie van verschillen. De natuur wil overleven en dat doet ze door variatie. Variatie is noodzaak.

Techniek bestaat bij de gratie van standaardisatie. In een technisch productieproces dient de bewerking van niet-levende materie volgens een exacte en herhaalbare procedure te verlopen. Daarom zien de machines uit de machinefabriek er ook allemaal hetzelfde uit. Materialen, maten en functies zijn vooraf vastgesteld. Iedere afwijking in de procedure zou het eindproduct en zijn toepassing devalueren.

Dit schetst in een paar zinnen het dilemma van de geneeskunde. Hoewel geneeskunde bedoeld is voor mensen die onderling verschillen, zijn artsen zo technisch georiënteerd dat standaardisering niet alleen het uitgangspunt vormt voor medisch-technische toepassingen, maar ook voor de patiënt zelf. Het gaat dus over jou. In de ogen van een technische medicus ben je een object (product), dat vergelijkbaar is met andere objecten (producten) in een homogene groep. Een homogene groep is een groep patiënten, die op grond van een beperkt aantal criteria onderling vergelijkbaar wordt geacht. Daarbij kun je denken aan criteria als leeftijd, geslacht, ziektediagnose enzovoorts. Patiënten worden onderzocht volgens een standaardprocedure om te beoordelen of zij geschikt zijn om een standaardbewerking te ondergaan.

Om een dergelijke visie te kunnen handhaven, is het noodzakelijk om te denken in kleine vakgebiedjes. Alles wat daarvan kan afleiden - zoals persoonlijke context - moet buiten beschouwing blijven. Ik noem dit selectieve

CHOLESTEROL:

MOEILIJKE STOF

HET GEHEEL EN DE DELEN

René Magritte is een van mijn favoriete kunstenaars. Een kamervullende appel is even bizar als schoenen die naadloos overgaan in voeten. Het effect is absurd en vervreemdend. Het schilderij 'Megalomania' laat een vrouw zien die Magritte geschilderd heeft in losse onderdelen⁴³. Je ziet dat de onderdelen wel bij elkaar horen, maar er is geen verbinding. Megalomania symboliseert voor mij de manier waarop het onderwerp van dit hoofdstuk, cholesterol, wordt benaderd in de geneeskunde.

In hoofdstuk 3 heb ik verteld over het experimentele karakter van langdurig medicijngebruik dat niet oorzaaklijk is gericht. Het ging vooral over preventieve behandeling, omdat deze vorm van behandelen uitgaat van behoud van gezondheid. In dit hoofdstuk ga ik verder in op de mist rond de overschatting van de voordelen van preventieve behandeling en komen we terecht bij het onderwerp cholesterol. Ik werk het thema cholesterol en de preventieve behandeling daarvan verder uit, omdat het een populair thema is waarover veel misverstanden bestaan. Ik beperk me daarbij tot de zogenaamde primaire preventie, dat wil zeggen de behandeling van cholesterol bij gezonde mensen zonder hart- en vaatziekten. Deze behandeling is een typisch voorbeeld van selectieve fragmentatie.

Oorspronkelijk was men zich bewust van de context en de verbinding tussen het onderwerp en de context. Door

medicatie met patentrecht op de markt te brengen onder strengere voorwaarden. Dat leidde tot een strategie waarin de industrie zelf medische indicaties ging creëren op grond van uitgangspunten die discutabel zijn. Een van die onderwerpen, ook vandaag nog uiterst actueel, is het cholesterolverhaal.

DE CHOLESTEROLKWESTIE

Ik heb veel mensen, patiënten en niet- patiënten, gevraagd waar ze aan dachten bij de term cholesterol. De reacties waren: ‘slibben je bloedvaten van dicht’, ‘tijdbom’, ‘gevaar’, ‘kun je aan dood gaan’ en ‘slecht vet’. Op mijn vraag of cholesterol ook positieve kanten had, kon vrijwel niemand antwoord geven. Iedereen was er van overtuigd dat cholesterol behandeld moet worden met cholesterolverlagende medicijnen.

In 2010 verscheen in Archives of Internal Medicine een artikel onder de titel ‘Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention’⁴⁵. In dit artikel werd een overzicht gegeven van alle studies over de effecten van cholesterolverlagende medicijnen (statines) bij mensen met verhoogde cholesterolwaarden, maar zonder hart- en vaatziekten. De auteurs concludeerden dat statines geen enkel effect hebben op de totale overleving.

Wat betekent dat? Er zijn verschillende mogelijkheden ter verklaring. Statines werken wel, dat wil zeggen verlagen wel het cholesterolgehalte, maar dit heeft geen enkele invloed op de totale overleving. Een andere verklaring is dat statines wel cholesterol verlagen en ook wel invloed hebben op de sterfte aan hart- en vaatziekten, maar dat je als statinegebruiker eerder doodgaat aan een andere aandoening. Wat de juiste verklaring ook is, per saldo schiet je er volgens de auteurs niets mee op als je medicijnen slikt om je cholesterol te verlagen als je geen hart-

en vaatziekten hebt.

Wat gebeurde er na deze publicatie met het voorschrijfgedrag van dokters? Niets. Het artikel had geen enkel effect. Dokters gingen gewoon door met het massaal voorschrijven van statines aan mensen van alle leeftijdsgroepen met afwijkende cholesterolwaarden.

Volgens deskundigen is één van de typische ervaringen van het werken met EBM dat je vooral leert ontdekken wat niet werkt. Het is merkwaardig dat een negatieve conclusie, zoals in het hierboven geciteerde artikel, blijkbaar niet leidde tot verandering van beleid. Hoe was dat mogelijk?

Om tot een antwoord te komen, neem ik je eerst mee naar cholesterol zelf. En ik laat je zien dat de analyse van een afwijkende laboratoriumwaarde van cholesterol een voorbeeld is van selectieve fragmentatie. Cholesterol en daarmee samenhangende parameters zijn niet langer onderdeel van een groter proces van diagnose en behandeling, maar vormen het begin- en het eindpunt van diagnostiek en behandeling. Cholesterol is bekend en beladen. Tegelijk hangt er veel mist rondom cholesterol. De stof heeft een negatieve reputatie en roept angst op. Cholesterol is een gevaar dat bestreden moet worden met medicijnen, namelijk statines. Dat is de boodschap die voortdurend wordt uitgezonden. Maar waarop berust deze boodschap?

DE ZORGPADOX

In het vorige hoofdstuk heb ik ingezoomd op cholesterol dat als een op zichzelf staand medisch probleem wordt gezien. De behandeling van cholesterol is een typisch voorbeeld van het creëren van mist in het toch al grote grijze gebied in de geneeskunde. De werkelijke effecten staan niet in verhouding tot de verwachtingen die mensen daarvan hebben.

In dit hoofdstuk gaan we terug naar de grote lijn. Daarin staat de vraag centraal hoe het zo ver heeft kunnen komen dat patiënten en artsen niet meer onbevangen met elkaar kunnen communiceren, omdat ze gevangen zijn in een overmaat aan regels en instanties die invloed uitoefenen op het contact. Die regels en instanties vat ik samen in de term ‘regelsysteem’. Dat systeem is van waarde zolang het dienstbaar is en faciliterend werkt op het primaire proces: de zorg voor de patiënt. Maar de ontwikkeling ervan laat zien dat het systeem autonoom is gaan groeien en de grenzen van dienstbaarheid heeft overschreden. Het is niet alleen binnengedrongen in de spreekkamer, maar is dominant geworden in alle facetten van de geneeskunde en de gezondheidszorg. Zowel patiënten als artsen hebben daar last van.

DE ARTSENEED VOLGENS HIPPOCRATES

Laten we eens teruggaan naar de jonge dokters die tijdens hun medische opleiding allemaal in hetzelfde schuitje zitten en aan de eindstreep bij hun artsexamen allemaal ongeveer evenveel kennis en even weinig ervaring hebben.

Iedere dokter spreekt bij zijn afstuderen als basisarts de artseneed uit, die ontleend is aan de eed van Hippocrates. Dat is een soort mission statement voor de beroepsuitoefening, waarin staat wat een dokter hoort te doen, waaraan hij zich heeft verbonden en wat het doel is van zijn handelen. De inhoud van deze hogere doelstelling is aan verandering onderhevig in het traject van afgestudeerd basisarts naar medisch specialist of huisarts. In 2003 heeft de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst de artseneed als volgt geformuleerd:

Artseneed 2003 KNMG

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Zo waarlijk helpe mij God almachtig./Dat beloof ik.”

De inhoud van de artseneed verwijst naar het dienstbaar zijn aan de mens, het belang van gezondheid en de waar-

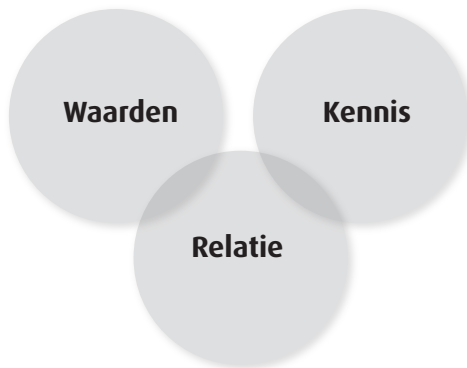
ging met het injecteren van de schouder was zijn reactie: “Wat komt u hier dan doen?”

Wat zou er gebeurd zijn als ik mij niet had voorbereid en afwachtend de spreekkamer was binnengegaan?

Waarschijnlijk zou de nog steeds vriendelijke en kordate orthooped de leiding hebben genomen, mij haar diagnose hebben meegedeeld en een injectie hebben gepresenteerd als bewezen behandeling. Bij gebrek aan kennis en voorbereiding had ik die zonder dialoog geaccepteerd en het effect afgewacht. We zouden onvermijdelijk in de bekende toestand van hiërarchische asymmetrie terecht zijn gekomen, met de dokter als expert en ik als onwetende patiënt. We zouden het grijze gebied verlaten hebben langs de route die de specialist had gekozen. En ik zou waarschijnlijk vertrokken zijn met het gevoel dat ik die situatie deels over mijzelf had afgeroepen.

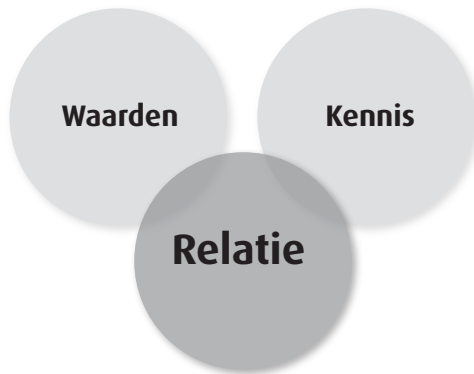
DRIE DIMENSIES VAN GEZONDE GENEESKUNDE

In het voorbeeld van een grijs gebied hierboven zijn drie dimensies aanwezig die de kwaliteit van het contact tussen patiënt en arts bepalen en daarmee de kwaliteit van de geneeskunde. Die dimensies zijn: relatie, kennis en waarden.



De basis van het contact wordt gevormd door relatie. In een goede relatie tussen patiënt en arts is ruimte voor beleving en gevoel. Beleving en gevoel vormen de onderstroom in het contact. In de relatie brengt de arts kennis mee. Kennis bestaat uit: ervaringskennis, mensenkennis en wetenschappelijke kennis. Kennis vormt de bovenstroom in het contact. De patiënt brengt persoonlijke waarden mee in de relatie. Kennis zonder relatie is kil, persoonlijke waarden zonder relatie zijn betekenisloos.

Relatie gaat over verbinding met andere mensen in de concrete werkelijkheid. Mensen ontwikkelen daarvoor ongeschreven wetten in de vorm van beelden, gebaren, codes en symbolen. Het is de oeroude dimensie die voor de overleving van de mens als biologisch wezen onmisbaar is. Archetypisch is relatie de dimensie van de 'stam'. Het is de familie of de groep waartoe iemand behoort, waar hij zich mee verbonden voelt.



In een goede relatie zijn mensen tolerant naar elkaar en gunnen ze elkaar een eigen zienswijze. In de spreekkamer gaat het er om dat er tussen patiënt en arts een wederzijds gevoel van aansluiting en begrip voor de concrete werkelijkheid ontstaat. Aandacht besteden aan relatie

levert niet alleen een betere medische uitkomst, maar verhoogt ook de snelheid van handelen door de arts. Vanuit relatie kan snel besloten worden waar de prioriteiten liggen en wat er moet gebeuren. In de dimensie van relatie ontmoeten twee individuele patronen elkaar. Voor een arts is het daarbij essentieel dat hij zichzelf goed in beeld heeft.

In de huidige omstandigheden in de geneeskunde is de relatie het domein van de patiënt. Artsen vinden de dimensie van relatie vaak moeilijk en lastig. Zij klagen dat patiënten zoveel tijd vragen. Om dat probleem in te dammen, hebben veel huisartsen in hun praktijk officieel aangekondigd dat per consult slechts één klacht kan worden besproken. Naar mijn indruk is het probleem van veel tijd vragen grotendeels het gevolg van de gewoonte van de dokter om direct ter zake willen komen (kennis, bovenstroom) in plaats van te observeren en af te stemmen (relatie, onderstroom). Afstemming en relatievorming creëren een eerste verbinding, die noodzakelijk is om effectief te kunnen diagnosticeren. Het is verbazingwekkend hoeveel nuttige informatie een informeel begin van een consult oplevert en hoe weinig extra tijd dat kost. Die extra investering in tijd betaalt zichzelf bovendien ruim terug in het verloop van vervolgspraken.

Daarbij laten onderzoekers als Ap Dijksterhuis¹¹⁹ en Victor Lamme¹²⁰ zien dat het onbewuste van de mens de motor is van menselijke interactie. Zij tonen ook aan dat de ratio vaak achteraf verklaart wat al in gang was gezet. Daarmee zeggen ze dat de mens veel beter snel kan wegen en beslissen met zijn onbewuste dan met zijn ratio. En daarmee dus ook het juiste kan doen. Pure rationaliteit is traag en star.

Als wetenschap de moeder van de geneeskunde is, dan is zij wel een duistere stiefmoeder zodra het ingewikkeld wordt. De dokter leert van de wetenschap wat hij moet doen bij kortdurende interventies. Maar bij complexe en langdurige gezondheidsproblemen of -risico's is er een groot grijs gebied en daar biedt toepassing van wetenschap slechts een kleine kans op persoonlijk voordeel. Artsen vertellen daarover weinig. Wie zet in op een kansspel als hij weet dat de kans op voordeel gering is?

Patiënten en artsen leven in verschillende werelden en die bereiken elkaar maar moeilijk, tenzij ze allebei een stap maken. Dat is de belangrijkste conclusie uit Het kansspel in de geneeskunde. Patiënten gaan uit van hun eigen gezondheidssituatie, hun leefwereld waarin ze concreet beleven hoe het met hen is. Artsen denken abstract en vergelijken de situatie van de ene patiënt met die van andere. Zij kijken naar overeenkomsten en niet naar verschillen. Deze manier van denken wordt gevoed door de medische wetenschap. Moet je nu nooit meer naar de dokter gaan? Allerm minst. Maar zorg dat je goed geïnformeerd bent. Wees alert, stel de juiste vragen, temper je verwachtingen en durf je eigen keuzes te maken.



De auteur van Het kansspel in de geneeskunde, Gerard Jansbergen, is arts met een lange, gevarieerde carrière. Hij werkte een aantal jaren als tropenarts in Tanzania en was daarna twaalfenhalf jaar huisarts in Tilburg. Hij verdiepte zich in diverse richtingen van de complementaire geneeskunde en deed een opleiding tot coach. Sinds 1998 werkt hij als arts voor integrale geneeskunde. Gerard Jansbergen vindt dat je als patiënt zelf het heft in handen moet nemen in gezondheidszaken, zo lang dat kan.

