

# Hoe dokters denken



# Hoe dokters denken

Jerome Groopman

**2010**  
**Uitgevers**

Oorspronkelijke titel: How Doctors Think, 2007, Houghton Mifflin Harcourt (VS)

© 2010 Uitgevers, Rotterdam 2012

Vertaling: MedicaMerkus vertalingen, Bleiswijk

Basisontwerp omslag en binnenwerk: Studio Klaster, Rotterdam

Uitvoering omslag: Studio Klaster, Rotterdam

Zetwerk: Manipal Digital Systems, India

Druk: Ten Brink, Meppel

2010 Uitgevers ontwikkelt professionele en educatieve informatieproducten voor professionals en studenten in de gezondheidszorg en de sector sport, bewegen en gezondheid.

Postbus 84049 | 3009 CA Rotterdam | [info@2010uitgevers.nl](mailto:info@2010uitgevers.nl) | [www.2010uitgevers.nl](http://www.2010uitgevers.nl)

2010 Uitgevers is een multimedia uitgeverij. De meeste uitgaven zijn online verrijkt met beeld, geluid of aanvullende informatie. Dat geldt ook voor dit boek, maar u heeft daarvoor wel een code nodig die u voorin dit boek vindt. Ga naar [www.2010uitgevers.nl/uitgaven](http://www.2010uitgevers.nl/uitgaven) en selecteer de juiste publicatie. Klik vervolgens op: naar verrijking.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 94 90951 05 4

NUR 180, 183

# Inhoud

Woord vooraf bij de Nederlandse editie	7
Inleiding	9
1 Beslissingen van vlees en bloed	35
2 Als het hart spreekt	49
3 Schoteltjes draaiende houden	67
4 Poortwachters	85
5 Kersverse moeder in het diepe	109
6 De onzekerheid van de expert	139
7 De charmes van de chirurgie	163
8 Het is maar hoe je het bekijkt	183
9 Geld, marketing en medische beslissingen	207
10 Een kwestie van karakter	237
Epiloog – De vragen van een patiënt	261
Nawoord	271
Dankbetuiging	281
Geannoteerde literatuur	285
Register	305



# Woord vooraf bij de Nederlandse editie

Vanaf de verschijning van zijn boek *How Doctors Think* in 2007 heeft auteur Jerome Groopman zich zowel gericht tot patiënten als ook tot artsen (in opleiding). In weerwil van alle theorieën over marketing en communicatie volgt 2010 Uitgevers dit uitdagende uitgangspunt. De Nederlandse vertaling, *Hoe dokters denken*, is voor het ‘algemeen publiek’ – en voor patiënten in het bijzonder – gewoon als boek te lezen. Voor studenten geneeskunde, artsen in opleiding en voor praktiserende artsen is een online editie met vragen, opdrachten en beschouwingen toegevoegd. Dit maakt het boek bij uitstek geschikt voor reflectie op de communicatie tussen arts en patiënt.

De realisatie van deze online studievragen kwam tot stand dankzij vertaler drs. Hilde Merkus, die per hoofdstuk vragen voorlegde aan een aantal leden van de Werkgroep Communicatie van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO). De coördinatie was in handen van dr. Benno Bonke, universitair hoofddocent Medische Psychologie, Erasmus MC Rotterdam.

De online editie met toegang tot de vragen, opdrachten en beschouwingen is bereikbaar via [www.2010uitgevers.nl/uitgaven](http://www.2010uitgevers.nl/uitgaven).

## Woord van dank

Voor hun bijdrage aan de respectievelijke hoofdstukken bedanken wij graag:

- |             |   |
|-------------|---|
| Inleiding   | Drs. G.J.M. Dirksen-de Tombe, onderwijspsycholoog<br>Erasmus MC Desiderius School, Rotterdam                |
| Hoofdstuk 1 | Drs. V.P.M. van den Eertwegh, Skillslab, FHML, Maastricht University, Maastricht                            |
| Hoofdstuk 2 | Dr. F.J.M. Grosfeld, Directie Onderwijs & Opleidingen,<br>afd. Klinisch Vaardigheidsonderwijs, UMC, Utrecht |

- Hoofdstuk 3 Drs. T.F.M. Vessies, GZ Psycholoog UMCG, Groningen
- Hoofdstuk 4 Dr. B. Bonke, UHD Medische Psychologie, Erasmus MC, Rotterdam
- Hoofdstuk 5 Dr. E.M. van Weel-Baumgarten, huisarts(onderzoeker), UHD, principal lecturer, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- Hoofdstuk 6 Dr. J. van Dalen, Skillslab, FHML, Maastricht University, Maastricht
- Hoofdstuk 7 Drs. A.Y. de Voogd, arts (voormalig huisarts, mediator) afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden
- Hoofdstuk 8 Drs. M. Fabriek, Medische Psychologie, AMC, Amsterdam
- Hoofdstuk 9 Drs. J.C. Wouda, Wenckebach Instituut, UMCG, Groningen
- Hoofdstuk 10 Drs. J.J.S. van de Kreeke, afdeling Medische Psychologie, VUmc, Amsterdam
- Epiloog Drs. F.J. Jongen-Hermus, teamcoördinator en docent Medisch Technische (MT) vaardigheden, afdeling Klinisch Vaardigheidsonderwijs, UMC, Utrecht

Veel dank gaat uit naar em. prof. dr. D.F. Zandstra, bij wie de vertaler uitgebreid te rade kon gaan in gevallen van medisch-inhoudelijke twijfel en verschillen met de Nederlandse situatie. Ook is veel dank verschuldigd aan em. prof. dr. J. Winnubst en dr. W. Hustinx. Zonder hun krachtige aanbeveling zou deze vertaling niet zijn gerealiseerd.

*Mei 2012*

*De Uitgever*



# Inleiding

Hoeveel specialisten ze de afgelopen vijftien jaar had gezien? Anne Dodge was de tel kwijt. Het moesten er inmiddels zo'n dertig zijn. Nu reed ze, op een uitzonderlijk zachte winterochtend tussen kerst en nieuwjaar in 2004, voor de zoveelste keer Boston in om weer een nieuwe dokter te consulteren. Haar eigen arts had de reis afgeraden omdat Anne's problemen al zo lang bestonden en zo uitvoerig in kaart waren gebracht, dat er niets meer aan toe te voegen viel door een nieuwe arts. Maar haar geliefde was koppig blijven aandringen en om hem te overtuigen was Anne maar gegaan, met de verwachting dat ze voor de middag weer onverrichterzake thuis zou komen.

Anne is in de dertig, heeft lichtbruin haar en vriendelijke blauwe ogen. Ze komt uit een gezin met vier dochters in een klein dorp in de welvarende staat Massachusetts, waarvan Boston de hoofdstad is. Geen van haar familieleden heeft ooit een aandoening gehad zoals die van haar. Rond haar twintigste begon ze te merken, dat ze steeds minder goed tegen eten kon. Na elke maaltijd kreeg ze het gevoel alsof haar maag werd dichtgeknepen en omgedraaid. De misselijkheid en pijn die ze ervan kreeg waren zo hevig, dat ze soms moest braken. Haar huisarts onderzocht haar en vond geen afwijkingen. Hij gaf haar maagzuurremmers, maar de symptomen hielden onverminderd aan. Anne verloor haar eetlust en moest zichzelf dwingen te eten; erna werd ze altijd misselijk en trok ze zich terug in de badkamer om te braken. De huisarts kreeg een vermoeden, maar verwees haar voor de zekerheid naar een psychiater die inderdaad de diagnose anorexia nervosa met boulimie stelde. Dat is een aandoening gekenmerkt door braken en voedselaversie. Zonder behandeling kunnen patiënten zichzelf uithongeren tot de dood erop volgt.

In de loop der jaren wisselde Anne een aantal keren van internist, totdat ze bij haar huidige bleef: een vrouw die haar praktijk geheel gericht had op patiënten met eetstoornissen. Verder was Anne door vele andere specialisten onderzocht: endocrinologen, orthopeden, hematologen, specialisten infectieziekten en, niet te vergeten, psychologen en psychiaters. Ze had vier

verschillende behandelingen met antidepressiva gehad evenals wekelijkse gesprekstherapie. Haar voedselinname werd nauwlettend bijgehouden door een voedingskundig team.

Maar Anne's gezondheid bleef achteruitgaan en met name het afgelopen jaar was ze zieker geworden dan ooit. Haar bloedceltelling van zowel rode bloedcellen als bloedplaatjes was tot een gevaarlijk niveau gedaald. Bij een beenmergbiopsie was gebleken dat ze nog maar weinig nieuwe cellen aanmaakte. De twee hematologen die Anne had geconsulteerd, waren beide tot de conclusie gekomen dat voedingstekort de oorzaak moest zijn van de lage bloedcellingen. Ook had Anne ernstige osteoporose. Volgens een endocrinoloog had ze door een tekort aan vitamine D en calcium de beenderen van een vrouw van in de tachtig. Een orthopeed had een haarlijnfractuur in een middenvoetsbeen gediagnosticeerd. Tevens waren er duidelijke tekenen dat haar immuunsysteem het aan het begeven was: ze had een aantal infecties doorgemaakt waaronder hersenvliesontsteking. In 2004 was ze vier keer in een psychiatrische instelling opgenomen om onder supervisie te proberen aan te komen.

Om haar lichaam weer op krachten te krijgen had haar internist haar voorgeschreven dagelijks drieduizend calorieën te eten, grotendeels in de vorm van makkelijk verteerbare koolhydraten zoals ontbijtgranen en pasta. Maar hoe meer Anne at, hoe zieker ze zich voelde. Niet alleen werd ze telkens overvallen door een intense misselijkheid en braakneigingen, maar ook had ze de laatste tijd ernstige darmkrampen en diarree. Volgens haar arts had ze prikkelbare-darmsyndroom ontwikkeld: een aandoening die samenhangt met psychologische stress. In december 2004 woog Anne nog maar 37 kilo. Hoewel ze volhield dat ze dagelijks met grote moeite drieduizend calorieën naar binnen werkte, konden haar internist en psychiater alleen maar concluderen dat ze daarover loog, gezien het feit dat ze nog steeds langzaam afviel.

Op die dag in december had Anne een afspraak met dokter Myron Falchuk, een gastro-enteroloog. Falchuk had haar medische dossiers reeds ontvangen en haar internist had hem verteld dat Anne's prikkelbare-darmsyndroom de zoveelste manifestatie was van haar verslechterende geestelijke gezondheid. In de samenvatting van de internist klonk voor Falchuk de impliciete boodschap, dat hij geacht werd Anne's buik te onderzoeken, zoals dat reeds door vele artsen was gedaan, en te bevestigen dat ze haar prikkelbare-darmsyndroom,

hoe vervelend en pijnlijk ook, moest blijven behandelen zoals haar internist haar had aangeraden: met een goed en voedzaam dieet en kalmeringsmiddelen.

Dat is echter precies wat Falchuk niet van plan was. In plaats daarvan begon hij Anne vragen te stellen en naar haar te luisteren, te kijken en vervolgens op een nieuwe manier over haar ziektegeschiedenis na te denken. Op die manier redde hij haar leven, aangezien een cruciaal aspect van Anne's ziekte al vijftien jaar over het hoofd gezien werd.

Dit boek behandelt de denkprocessen in het hoofd van een arts wanneer hij of zij een patiënt behandelt. Het idee om daarover te schrijven kreeg ik onverwacht, enkele jaren geleden toen ik op een ochtend in september mijn ronde deed met een groep coassistenten, artsen in opleiding en studenten geneeskunde. Ik was de superviserend specialist op de afdeling 'algemene geneeskunde', hetgeen inhield dat ik dit team van studenten en artsen in opleiding moest begeleiden bij hun zorg voor patiënten met velerlei klinische problemen; niet enkel op mijn eigen vakgebied van bloedziekten, kanker en aids. Op onze afdeling lagen patiënten met longontsteking, diabetes en andere veelvoorkomende ziekten, maar ook een aantal met symptomen die niet direct op een bepaalde diagnose wezen, of met aandoeningen waarvoor verschillende soorten behandelingen mogelijk waren zonder dat één therapie duidelijk de beste was.

Ik loop mijn visites graag op de traditionele manier. Eerst zet één van de teamleden de belangrijkste aspecten van de ziekte uiteen en vervolgens bezoeken we als groep de patiënt aan diens bed, om met hem te praten en hem te onderzoeken. Vervolgens gaat het team weer naar de vergaderruimte om de casus te bespreken. Voor de discussie gebruik ik Socratische gesprekstechnieken, waardoor de studenten en artsen worden aangespoord met elkaar en mij in discussie te gaan en hun ideeën te spuien. Maar aan het eind van mijn rondes op die ochtend in september bemerkte ik bij mezelf een gevoel van onrust. Ik maakte me zorgen over het gebrek aan discussie onder mijn studenten, maar nog meer teleurgesteld was ik in mezelf als leraar. Ik moest concluderen dat deze zeer intelligente en bevoegen geneeskundestudenten, coassistenten en artsen in opleiding me te vaak geen kritische vragen stelden, niet zorgvuldig luisterden en niet nauwlettend observeerden. Ze

dachten niet diep na over het probleem van hun patiënt. Er was iets danig mis met de manier waarop ze aangeleerd werd hoe ze klinische problemen moesten analyseren en voor hun patiënten moesten zorgen.

Dit soort kritiek, dat elke nieuwe generatie jonge artsen minder inzicht of competentie heeft dan hun voorgangers, is voor oudere artsen niet nieuw. Van alle tijden zijn de opmerkingen als: ‘toen ik nog in opleiding was, dertig jaar geleden, was er nog discipline en moesten we onze zaakjes kennen. Tegenwoordig ...’. Dit soort melancholieke uitspraken van oudere dokters klinkt soms alsof er vroeger een magische kracht was die hen tot goede artsen vervolmaakte en dat die kracht nu niet meer bestaat. Ik heb het vermoeden dat elke oudere generatie het beeld met zich meedraagt dat haar eigen vroegere tijd en plaats, gezien door de vervormende bril van de nostalgie, beter was dan die van nu. Tot voor kort, moet ik bekennen, had ik hetzelfde nostalgische gevoel. Maar bij nadere reflectie zag ik in, dat ook mijn medische opleiding grote tekortkomingen had. Het verschil tussen mijn opleiding en die van mijn jongere trainees zat hem in het soort tekortkomingen.

Aan mijn generatie was nooit expliciet uitgelegd hoe we als clinicus moesten denken. Wij leerden de geneeskunde op een meer willekeurige manier aan. Tijdens de opleiding observeerden we specialisten zoals een leerling in de middeleeuwse ambachtsgilden zijn leermeester observeerde. Op de een of andere manier moesten we dan hun manieren van diagnostiek en behandeling over zien te nemen. Zelden legde een specialist expliciet uit welke mentale stappen hem tot zijn beslissing brachten. De laatste jaren is er een scherpe tegenbeweging ten opzichte van die willekeurige benadering geweest. Om meer structuur te kunnen bieden worden nu aan studenten geneeskunde en artsen in opleiding voorgevormde algoritmes en richtlijnen geleerd in de vorm van beslismomen. Die methode wordt ook door veel beleidsmakers in Amerikaanse en Europese ziekenhuizen gepromoot onder opleiders en specialisten. Zorgverzekeraars vinden hem met name handig voor de besluitvorming over het al dan niet vergoeden van bepaalde diagnostische laboratoriumonderzoeken of behandelingen.

De stam van de medische beslissboom bestaat uit de belangrijkste klacht of onderzoeksuitslag van de patiënt, die in een kader wordt geplaatst. Vanuit dat kader vertakken zich pijlen naar andere kaders. Zo kan een veelvoorkomend

symptoom zoals ‘keelpijn’ het uitgangspunt van een algoritme zijn, gevolgd door een reeks vertakkingen met ‘ja/nee’-vragen over samenhangende symptomen. Is er koorts? Zijn er opgezwollen klieren die met de keelpijn samenhangen? Hebben andere leden van het gezin ook keelpijn gehad? En verderop in de beslisboom zal een laboratoriumonderzoek zoals een kweek van keelbacteriën verschijnen, met vertakkingen op basis van ‘ja/nee’-vragen over de uitslag van die kweek. Uiteindelijk komt men, door de vertakkingen tot het einde te volgen, bij de juiste diagnose en therapie uit.

Dit soort klinische algoritmen kunnen handig zijn voor alledaagse diagnostiek en behandeling, bijvoorbeeld om onderscheid te maken tussen een streptokokkeninfectie van de keel en een virale keelontsteking. Maar ze verliezen al gauw hun nut als de arts buiten de kaders moet denken, als de symptomen vaag zijn of meervoudig en verwarrend, of als de uitslagen van onderzoeken niet eenduidig zijn. In dit soort situaties is de behoefte aan een goede arts het grootst en staat een algoritme juist het onafhankelijk en creatief denken in de weg. In plaats van het denken van de dokter te verbreden houdt een algoritme het binnen de perken.

In dezelfde trend is er een beweging gaande met als doel alle beslissingen rond behandelingen enkel nog te baseren op statistisch onderbouwde gegevens. Deze zogeheten *evidence-based* geneeskunde is hand over hand de standaard aan het worden in steeds meer ziekenhuizen. Alle behandelingen buiten dit statistisch bewezen frame worden beschouwd als taboe, totdat er voldoende wetenschappelijke onderbouwing uit klinisch onderzoek voor is. Natuurlijk moet elke arts rekening houden met wetenschappelijke onderzoeksbevindingen bij de keuze van een therapie. Maar door het hedendaagse rigide vertrouwen in de evidence-based geneeskunde lopen we het risico, dat de dokter passief zijn keuzes maakt, enkel gebaseerd op cijfers. Cijfers kunnen niet de plaats innemen van de mens tegenover u; ze weerspiegelen gemiddelden en grootste gemene delers, en geen individuen. Cijfers kunnen enkel een aanvulling zijn op de persoonlijke ervaringen die een arts met een geneesmiddel of behandelprocedure heeft, en op zijn inschatting of een ‘beste’ therapie volgens een klinisch onderzoek ook past bij de behoeften en waarden van deze individuele patiënt. Elke ochtend aan het begin van mijn rondes zag ik mijn studenten en artsen in opleiding hun algoritmen doornemen en de cijfers van recente onderzoeken

naslaan. Ik moest concluderen dat de komende generatie artsen geconditioneerd werd om te gaan functioneren als een goed geprogrammeerde computer die binnen een strikt binaire structuur werkt. Na een aantal weken van deze ongemakkelijke gevoelens over het exclusieve vertrouwen op algoritmen en evidence-based therapieën van mijn studenten en artsen in opleiding, en mijn al even verwarrende gevoel dat ik niet wist hoe ik hun visie wat breder kon maken en ze nieuwe wegen kon leren, stelde ik mezelf een eenvoudige vraag: hoe moet een dokter denken?

Begrijpelijkerwijs genereerde deze vraag weer andere vragen: Denken verschillende artsen verschillend? Zijn er andere vormen van denken meer of minder prevalent binnen de verschillende specialismen? Met andere woorden, denken chirurgen anders dan internisten, die weer anders denken dan kinderartsen? Is er één ‘beste’ manier van denken of zijn er verschillende denkstijlen die tot een correcte diagnose en de beste therapiekeuze leiden? Hoe denkt een arts als hij moet improviseren, wanneer hij wordt geconfronteerd met een probleem waarvan weinig of geen precedenten zijn? (In dat geval is een algoritme bij uitstek irrelevant en is statistisch bewijs niet beschikbaar.) Hoe verschilt het denken van de dokter tijdens routinebezoeken van dat bij een klinische crisis? Wordt zijn denken gekleurd door zijn emoties, zijn sympathie of antipathie voor een bepaalde patiënt, zijn houding ten opzichte van de sociale en psychologische aspecten van het leven van zijn patiënt? Hoe komt het dat zelfs de meest begaafde en ervaren artsen wel eens een cruciale aanwijzing missen voor de diagnose van een patiënt, of een behandeling inzetten die in de verste verte niet de meest effectieve is? Om kort te gaan: Wanneer en waarom gaat het denken goed of fout in de geneeskunde?

Ik had de antwoorden niet paraat, ondanks dat ik aan een gerenommeerde medische faculteit en academisch ziekenhuis was opgeleid en al zo'n dertig jaar internist was. Daarom begon ik mijn collega's te bevragen\*.

---

\* Ik kwam er al gauw achter dat het buiten mijn vaardigheids- en kennisveld lag om te onderzoeken hoe psychiaters denken. De behandeling van geestesziekten is een immens vakgebied op zichzelf waarbinnen verschillende denkstromingen en theoretische modellen zijn vertegenwoordigd. Om die reden waag ik me in dit boek niet aan de psychiatrie.