

Vragen bij de epiloog

Niveau 1

- Een opeenvolging van cognitieve fouten van artsen veroorzaakt medische fouten. Geef een aantal voorbeelden van cognitieve fouten.
- Welke omstandigheden dragen bij aan het maken van cognitieve fouten van artsen?
- Welke persoonlijkheidskenmerken dragen negatief bij aan het maken van cognitieve fouten? En welke persoonlijkheidskenmerken zouden helpen in het voorkomen van cognitieve fouten?

Niveau 2

- Hoe kritisch ben je zelf over je diagnose? Ben je bereid een stapje terug te doen, of herken je je meer in de overtuigd zijnde arts of juist de onzekere arts?
- Hoe onafhankelijk ben jij in het maken van een diagnose?
- Wat mag je van je patiënt verwachten t.a.v. het geven van 'relevante' informatie voor het stellen van een juiste diagnose? Hoe creëer je een veilige sfeer dat een patiënt dat ook gaat doen?
- Welke drie vragen kan een patiënt je stellen om je alert te laten zijn in het stellen van een diagnose? Ga je zelf deze vragen in het vervolg ook zelf stellen tijdens een consult?
- Hoe vraag jij je hulpvraag uit? Heb je in een consult altijd inzicht in de reden dat de patiënt juist nu naar je toe komt en heb je in een consult een beeld van de eventuele angsten/zorgen van deze patiënt? Met andere woorden kun je communiceren voorbij de medisch technische vragen? Vind je dat belangrijk en hoe ga je hiermee om gedurende een consult?
- Vind je dat er iets mis is met het 'geruststellende' antwoord van een arts naar een patiënt: 'U mankeert niets'?

Niveau 3

- Tast het heroverwegen van een diagnose je positie als arts aan? Denk hierbij aan het perspectief vanuit jezelf, je collega's, en de patiënt.
- Als je zelf als arts een patiënt doorverwijst naar een andere arts voor een second opinion, vind je dan dat dat iets zegt over jouw functioneren als arts?
- Hoe voorkom je cognitieve fouten, in het algemeen en bij jezelf?
- Hoe denk jij als arts? Hoe zou het nog beter kunnen?
- Vind je dat je de arts bent die je wilt zijn?

Vragen bij de inleiding

Niveau 1

- Welke differentiële diagnose kun je opstellen bij de genoemde symptomen van Anne Dodge?
- Heb je in je opleiding ooit uitgelegd gekregen wat klinisch redeneren is? Zoek op Pubmed recente literatuur met als zoekterm clinical reasoning.
- Dr. Falchuk kijkt als een waarzegger in de handen van Anne en controleert haar nagels van handen en voeten. Waarom deed hij dat en bij welke DD zou dat passen?
- Kun je je een situatie herinneren waarin je buiten de kaders moest denken om tot een goed inzicht of een goede oplossing te komen van een probleem? Je kunt hierbij denken aan een medisch probleem, maar ook aan een discussie met vrienden, een organisatorisch probleem of een privé-situatie. Ondervond je daarbij weerstand, bij jezelf of bij anderen? Denk voor jezelf na over de consequenties wanneer je inderdaad buiten de kaders gedacht had/hebt en wanneer je dat niet had gedaan.
- Houd net als de ‘excentrieke cardioloog’ uit de inleiding, de komende week een logboek bij van situaties die je achteraf niet goed hebt aangepakt. Dat kan in een medische setting zijn, maar ook in andere settings. Stel jezelf de volgende vragen:
 - Welke andere invalshoeken had ik kunnen kiezen?
 - Waardoor werd ik op het verkeerde been gezet?
 - Wat speelde zich af in mijn hoofd?
 - Wat had zich anders kunnen afspelen in mijn hoofd en wat was er gebeurd wanneer ik een andere invalshoek had gekozen?
 - Wat had het ergste kunnen zijn dat ik over het hoofd kon hebben gezien?
 - Speelden er gevoelens van sympathie of antipathie mee? Welke invloed kunnen die hebben gehad?

- Probeer in een volgende situatie, waarin je tot een keuze of inzicht moet komen, direct ter plaatse je benadering in twijfel te trekken en je af te vragen (1) welke andere manieren er zijn om naar de situatie te kijken en (2) wat het ergste zou zijn dat je hier over het hoofd zou kunnen zien.

Niveau 2

- Hoe gaat bij jou op de afdeling de grote visite? Wat leer je ervan? Herken je dit verhaal? Hoe kun je zelf meer leerervaring halen uit de grote visite? Hoe kun je als *active learner* hier zelf een rol in hebben?
- Wat is volgens jou ‘pluis, niet pluis’-gevoel? Maak je daar bij je eerste hypothese wel eens gebruik van?
- Probeer je eerstvolgende anamnese te doen op geleide van het verhaal van de patiënt ook al gaat het dan niet volgens de vaste volgorde. Controleer tijdens de anamnese of je toch alle punten aan de orde hebt laten komen.
- Ben je je bewust van gevoelens van empathie en antipathie tov een patiënt? Denk eens terug aan een patiënt waar je een antipathie voor had. Wat deed het met jou? Had het invloed op de tijd die spendeerde aan deze patiënt, het aantal mogelijke diagnoses dat je overwoog etc.?
- Dr. Falchuk heeft onderzoek gedaan naar malabsorptie en herkende mede daardoor de ziekte van patiënt Anne. Had ook iemand zonder die klinische expertise de goede diagnose kunnen stellen? Wat was daar voor nodig geweest?
- Een medische behandeling is ‘evidence-based’ wanneer hij in klinisch onderzoek effectief is gebleken bij een zeker percentage patiënten.
 - Welk percentage is minimaal vereist?
 - Wat betekent dat voor de effectiviteit van een klinisch geteste behandeling in jouw patiëntenpopulatie?

Niveau 3

- Hoe ga jij om met de balans tussen twijfel en meer onderzoek aanvragen en een beslissing nemen?
- Wat denk je over de termen geneeskunde vs geneeskunst?
- Dat er 15% misdiagnoses zijn houdt in dan het jou ook kan overkomen. Ben je je dat bewust? Spreek je wel eens met collega's of supervisors over bijna-missers?
- Is er bij jouw specialisme, afdeling of omgeving een cultuur waarin fouten besproken kunnen worden?

Vragen bij hoofdstuk 1

Niveau 1

- Heb je wel eens een noodsituatie meegemaakt waarin het zaak was, direct te handelen:
 - waarin je adequaat reageerde?
 - waarin je ‘versteende’?

Reageerde je op de ‘automatische piloot’ of op basis van ‘redentie’? Op kennis of op ervaring? Op bewuste analyse of op patroonherkenning?

- Teken een klokvormige Yerkes-Dodson curve met op de Y-as de mate van correct uitvoeren en op de X-as de mate van alarmering.
 - Vul deze in voor een specifieke gebeurtenis uit je eigen ervaring waarbij je acuut moest handelen in een lastige situatie.
 - Waar op de curve zat je toen?
 - Welke factoren maakten dat je handelde zoals je handelde?
 - Kun je je emotionele temperatuur zelf bijstellen?
 - Welke rol speelt ervaring/patroonherkenning daarbij voor jou?
 - Ga na of in jouw ervaring ‘de angst om het niet goed te doen/angst voor negatief oordeel’ het meest blokkerend werkte om correct te kunnen handelen? Vind je dat deze emotie in alle gevallen de emotie is die het meest blokkerend werkt?
- Kun je andere voorbeelden noemen van activiteiten waarbij ‘denken in actie’ plaatsvindt? Activiteiten van jezelf? (een hobby, werk, autorijden)
- Kun je voorbeelden geven van heuristische die je daarbij gebruikt? (op ervaring gebaseerde snelkoppelingen)
- Hebben die behalve voordelen ook valkuilen en gevaren?

Niveau 2

- Welk kritiek moment in je carrière als arts (in opleiding) staat jou het meest bij als leermoment? Waardoor kenmerkte dit moment zich als zo’n helder leermoment?

- Van welke arts heb jij het meeste geleerd hoe te handelen in kritieke situaties? Wat deed hij/zij specifiek waardoor je dit zo ervoer?
- Denk terug aan twee of drie patiënten naar wie je, bij jezelf, negatieve gevoelens bemerkte.
 - Herkende je een gemeenschappelijke karaktertrek of manier van doen en laten bij deze patiënten die jou een negatief gevoel gaf?
 - Wat zegt dit over jezelf?
 - Hoe heeft dit je handelen beïnvloed? Of hoe kan dit je handelen in de toekomst beïnvloeden?

Niveau 3

- Hoe ligt voor jou het verband tussen een veilig leerklimate op de alledaagse werkvloer en werken in een optimale emotionele temperatuur tijdens kritiekere situaties?
 - Hoe kun jij zelf bijdragen aan het creëren van een veilige werksfeer/ leerklimate?
 - Durf jij je eigen denkfouten openlijk te bespreken met collega's?
 - Hoe zou je constructief kunnen reageren op een collega, co, of aios die een (denk)fout maakt in een kritieke situatie?
- Denk terug aan een patiënt waarbij je zelf een verkeerde differentiële diagnose hebt gemaakt. Kwam dit door verkeerde patroonherkenning of kwam dit doordat je eigen emotionele temperatuur niet optimaal was?
 - Hoe zou er in de opleiding tot arts en op de werkvloer meer aandacht besteed kunnen worden aan de invloed van emoties op het denken?
 - Hoe zou er in de opleiding tot arts en op de werkvloer meer aandacht besteed kunnen worden aan patroonherkenning? Neem jij zelf de tijd om co's of aios uit te leggen welke heuristieken je gebruikt?
 - Bestaat er binnen jullie afdeling of ziekenhuis of medische opleiding de mogelijkheid om via simulatie lastige situaties te oefenen?

Vragen bij hoofdstuk 2

Niveau 1

- Er zijn vier stadia in het diagnostisch proces te onderscheiden, te weten (1) gegevensverzameling, (2) hypothesevorming, (3) hypothesetoetsing en (4) hypothese evaluatie. Kun je aangeven tot welk stadium de positieve resp. negatieve attributiefout behoren?
- Wie is er volgens jou kwetsbaarder in het maken van dergelijke cognitieve fouten, een coassistent of een specialist?
- Probeer een situatie voor ogen te halen, waarbij je in je werk of privé een inschattingfout hebt gemaakt op basis van een foutieve vooronderstelling.

Niveau 2

- Patroonherkenning en daarmee stereotypering verhoogt veelal de effectiviteit van het diagnosticeren. Heb je na het lezen van het hoofdstuk nu zelf het gevoel dat je minder moet vertrouwen op deze werkwijze?
- Welke fout in het diagnostisch denken denk je dat je zelf het snelst zou maken? Waarom juist deze fout? Welke geneigdheden en situaties vergemakkelijken het maken van deze fouten?
- Het zou prettig zijn als patiënten de arts zouden attenderen op de mogelijkheid van een (dreigende) cognitieve fout. Wat kun je als arts zelf doen om te voorkomen dat je dergelijke fouten maakt?
- Als je als arts zelf bij de dokter komt voel je de stereotypering van jezelf als patiënt mogelijk nog meer. Heb je zelf zo'n ervaring gehad? Welk gevoel had je daarbij? Heb je je daar tegen verzet? Hoe?
- Zowel een geringe als een te grote betrokkenheid met je patiënt blijkt bij het stellen van een juiste diagnose problemen op te leveren. Hoe ga je zelf hiermee om?

- Vraag je eens tijdens een aantal consulten bij elke patiënt af welk stereotype wellicht van toepassing zou kunnen zijn, en voor welke valkuil je je dus zou moeten hoeden.
- Onder affectieve fout verstaan we de natuurlijke neiging tot een voorkeur voor wat we hopen dat er zal gebeuren boven de minder aantrekkelijke mogelijkheden; dus te veel gewicht toekennen aan die informatie die aan onze wensen voldoet. Denk je dat een patiënt je alert zou kunnen maken op een attributie- of affectieve fout? Is dat waarschijnlijk? Zou je het gepast vinden?

Vragen bij hoofdstuk 3

Niveau 1

- Wat voel je als je mensen hoort zeggen dat iets ‘nou eenmaal zo is’ of ‘wel vaker voorkomt’? Vind je dat een geruststelling of irriteert het je juist? Zeg je het zelf wel eens? Vind je het geoorloofd? Zo ja, op welke voorwaarden?
- Bedenk eens een paar problemen waarbij een patiënt tevreden en gerust kan zijn met een conclusie als ‘we hebben alles geprobeerd, er is geen oplossing voor u’?
- En hetzelfde met ‘dat komt nou eenmaal wel eens voor, er is niets ernstigs aan de hand’?
- Wat leer je hieruit?
- Bij de ‘beschikbaarheidsheuristiek’ komt vaak ‘vertekende patroonherkenning’ voor. Formuleer beide termen in je eigen woorden en probeer voorbeelden te bedenken op basis van ziektebeelden waarvan de symptomen op elkaar lijken.
- Bij ‘verankeringsbias’ ontstaat ‘voorkeur voor bevestiging’ (confirmation bias). Formuleer beide termen in je eigen woorden en probeer voorbeelden te bedenken op basis van ziektebeelden waarvan de symptomen op elkaar lijken.

Niveau 2

- Stel je de komende week bij zoveel mogelijk consulten voor, dat de patiënt je de volgende vragen stelt:
 - Wat is het ergste wat er met me aan de hand zou kunnen zijn?
 - Welke weefsels en organen zitten er in de buurt van waar ik mijn symptoom heb?
- Wanneer je als arts zelf bij de dokter komt, houd je er misschien bewust of onbewust rekening mee dat wat je tegen een arts zegt en

hoe je het zegt mede het denken van de arts vormt. Wat betekent het voor jou als patiënt te weten dat je rol mogelijk invloed heeft op het voorkómen van denkfouten bij je behandelend arts?

- Na het vaststellen van de hoofdklacht moet je besluiten of en welke bloedonderzoeken en andere tests je moet aanvragen: het dringende advies is: alleen die testen aan te vragen waarvan je ook weet wat de uitslag zal zijn bij de aandoening waarvan je je patiënt verdenkt. Alleen dan kun je de uitslag meewegen in je beoordeling. Herken je deze zienswijze in hoe jij het doet en hoe je het geleerd hebt?
- Heb je wel eens dusdanige kritiek gekregen dat die (directe) negatieve gevolgen had voor je werkzaamheden daarna?
- Op welke wijze zou je feedback willen hebben van je supervisor als hij jouw werk met je bespreekt?
- Zou een regel die door sommige opleiders wordt gebruikt in hun rol als supervisor: ‘Wat ging er slecht en wat kon er nog slechter’, als tegenhanger van de veel gehanteerde Pendleton-regels: ‘Wat ging er goed en wat kan er beter’, ook goed kunnen werken voor jou als medisch specialist in opleiding? Leg uit waarom wel of waarom niet.
- Probeer in een hectische situatie de komende week bewust je denken en handelen te vertragen en een werkhouding van ‘bedachtzame kalmte’ aan te nemen. Schrijf je ervaringen op. Wacht een aantal weken en neem dan je beschreven ervaringen weer ter hand en vergelijk je werkzaamheden in de tussenliggende periode met wat je hebt opgeschreven.
- Heb je zelf altijd het *worst case scenario* in je achterhoofd bij een patiënt die te ziek is om assertief te zijn?

Niveau 3

- Zoek bij alle vijf de besproken denkfouten een voorbeeld uit je eigen ervaring.
- Een veel gehoorde bewering is: ‘Bewustwording (als tegenhanger van onbewust onbekwaam) is het begin van verandering, en van

je fouten leer je het meest'. Geldt dit ook voor jou? Zo ja, zoek van beide een concreet voorbeeld.

- Een eenvoudige tactiek om een denkfout te voorkomen is zelfs als je je heel zeker voelt toch een korte lijst van alternatieve mogelijkheden te maken. Probeer dit eens consequent een week vol te houden.
- Wat leverde het je op?

Vragen bij hoofdstuk 4

Niveau 1

- Heb je ervaring(en) met momenten en tijden waarop je te uitgeput was om je betrokken te voelen en/of beleefd te reageren? Voelde je het aankomen of overviel het je? Hoe kun je het voorkomen?
- Heb je ervaring(en) met situaties waarin je achteraf vond dat je te weinig tijd kreeg, of te gehaast was, om een goede diagnose te stellen of een taak goed uit te voeren?
- Ben je de reden wel eens nagegaan van therapie-ontrouw bij een patiënt? Of in je privéleven van een niet-nagekomen afspraak? Ben je, terwijl je eigenlijk al geïrriteerd of boos was, wel eens verrast door de achterliggende oorzaak?
- Hoe zou je de fout noemen die de spoedeisende-hulparts bij mevrouw Gardner maakte (de zeldzame auto-immuunziekte granulomatose van Wegener)? Hoe had hij/zij deze kunnen voorkomen?
- Hoe zou je bij een patiënt/gesprekspartner kunnen nagaan of hij/zij je goed begrepen heeft? Of jij haar/hem goed begrepen hebt? Of je toon en woordkeuze goed is geweest?
- Er zijn zeer veel artsen voor wie externe waardering, zoals status en geld, werkelijk veel minder belangrijk zijn dan voor een 'gemiddeld' persoon. Kun je na lezing van dit hoofdstuk uitleggen hoe zelfs voor deze artsen kan gelden dat een gebrek aan externe waardering ten koste kan gaan van hun motivatie en van de kwaliteit van hun werk?

Niveau 2

Groopman beschrijft hoe artsen soms aan de hand van hun indrukken van een kind in de spreekkamer, zich een oordeel vormen over

de waarde van het verhaal van de ouders. Dit kan zowel gaan om overbezorgdheid en het aandikken van symptomen, als om ontkenning of misperceptie.

- Ga voor jezelf eens een paar dagen na in hoeverre je de gedragingen, houding, non-verbale signalen e.d. van je patiënten hebt meegewogen in je oordeel over wat er aan de hand kan zijn.
- Let er ook op of deze signalen juist een bevestiging van het gesproken verhaal inhielden, of juist niet.
- Waar heb je speciaal op gelet? Hoe denk je deze extra informatie in de toekomst te kunnen toepassen?

In het verhaal over zijn zoontje Steven beschrijft Groopman hoe een collega hen geruststelde en zei dat artsen als ouders nogal eens overbezorgd zijn.

- Heb je zelf wel eens ervaren dat je arts-zijn je op het verkeerde been zette voor wat symptomen en klachten van jezelf of je naasten betrof? Zo ja, wat heb je daarvan geleerd? Zo nee, kun je een situatie bedenken waarin je zelf overbezorgd of juist nonchalant zou reageren op symptomen of klachten bij jezelf of je naasten?

Tegenwoordig hebben artsen in hun praktijk te maken met patiënten uit een groot aantal verschillende culturen. Ook qua taalvaardigheid zijn de verschillen groot. De arts McEvoy werd misleid in haar consult met het Iraanse meisje Azar en haar ouders, doordat pas na een jaar werd ontdekt dat Azar autistisch was en niet een verlegen meisje dat de taal niet sprak. Later wordt een vergelijkbare casus beschreven van een patiënte genaamd Gloria Manning die ten onrechte als niet-therapietrouw werd aangemerkt, maar in feite analfabete was.

- Ben je zelf wel eens in de situatie terechtgekomen dat je bij patiënten die uit een andere cultuur en/of taalgebied komen dan jijzelf, op grond van je indrukken op het verkeerde been werd gezet? Wat doe je in de praktijk om je tegen dergelijke vooroordelen of te snelle gevolgtrekkingen te wapenen?
- Ga eens een week lang na, telkens wanneer je een consult doet met een patiënt uit een andere cultuur en/of taalgebied dan jijzelf,

wat het voor je consult, je anamnese, onderzoek en/of beleid had uitgemaakt wanneer de patiënt juist wel qua culturele achtergrond en taal overeen zou zijn gekomen met jouzelf. Houd voor jezelf eens bij welke kenmerken en observaties bij je patiënten voor jou hierin van belang zijn.

De arts McEvoy pleit er voor bij kinderen met een psychiatrische stoornis de ouders weg te leiden van een te grote focus op het label van de stoornis, en in plaats daarvan zich vooral te richten op een actieve benadering en te zoeken naar een optimale sociale omgeving voor het kind.

- Herken je deze aanpak in jouw werk?
- Bij welk type patiënten en/of ziektebeelden zou deze aanpak van McEvoy nog meer kunnen werken?
- Hoe benoem je zelf een ziekte of aandoening naar de patiënt toe en waar ligt jouw focus? Ben je hier tevreden over? Wat is je indruk hoe de patiënten zich daarover voelen? Zou je deze aanpak willen veranderen? Waarom wel/niet?

Groopman citeert de moeder van een van zijn patiënten: “Ik wil dat u voor mijn zoon zorgt alsof hij de enige in uw praktijk is”. Dat lijkt gemakkelijker gezegd dan gedaan. Toch is duidelijk wat deze moeder hiermee wilde zeggen.

- Wat doe je zelf in je dagelijkse patiëntcontacten om dit ideaal zo veel mogelijk te benaderen? Hoe maak je je hoofd ‘leeg’ om iedere nieuwe patiënt onbevangen tegemoet te kunnen treden?
- In de praktijk van Groopman kwam hij bij de zoon van deze moeder door oplettendheid erachter dat diens lymfoom weer actief was geworden, en hij pleit ervoor als arts je steeds af te vragen: “wat is de ernstigste diagnose die hier van toepassing zou kunnen zijn?”
- Herken je deze aanpak in je eigen praktijk? Hoe wapen je jezelf tegen het te gemakkelijk voorbijgaan aan klachten of symptomen die weinig lijken te betekenen maar toch ernstig kunnen zijn?

Aan patiënte Harriet West werd op een goed moment verteld dat zij “slecht bloed” had, wat zij interpreteerde als eufemisme voor syfilis. Dit kwam pas bij een na-controle boven water. De terminologie die dokters hanteren komt niet altijd overeen met die van patiënten, en ook qua interpretatie van bewoordingen bestaan er verschillen. Bovendien zijn sommige zaken voor de arts alledaags, maar voor de patiënt een tragedie.

- Houd eens een dag bij welke bewoordingen je gebruikt in je uitleg naar patiënten en/of hun naasten, en vraag je daarbij af of je woorden ook andere, niet door jou bedoelde, interpretaties openlaten. Denk bijvoorbeeld aan spontane ontkenningen als “nou, het is zo te zien geen kanker” of aan uitdrukkingen die qua interpretatie streekgebonden verschillen kennen, zoals: “het wordt minder”.
- Wat leert deze exercitie je over je eigen woordkeuze en taalgebruik?

Niveau 3

Het beeld dat Groopman gebruikt van de rijdende trein en de voorbijnellende gezichten zul je wel herkennen.

- Wat doe je zelf om te voorkomen dat je in de omstandigheid terecht komt waarin je alleen nog maar hoopt dat je patiënten zo snel mogelijk worden doorgesluisd?
- Hoe zorg je ervoor dat je niet gek wordt van de eindeloze stroom patiënten die aan je voorbijtrekken en van de veelheid aan beslissingen die je steeds moet nemen? Hoe zorg jij ervoor dat je voldoening blijft houden van je werk?

De toepassing van sjablonen en checklists om tot een diagnose en behandelplan te komen is in de ogen van Groopman een heilloze weg. Artsen zouden altijd breed moeten denken, met name in de eerstelijnszorg zodat je daar als poortwachter weet waar de patiënt naar toe moet.

- Worden binnen jouw werksituatie dergelijke sjablonen en checklists gebruikt?

- Ga eens na wanneer je deze juist wel, en wanneer je ze juist niet nuttig vindt.
- Welke valkuilen zie je binnen je eigen werkveld als het gaat om het onder tijdsdruk hanteren van dergelijke sjablonen? Hoe zou je daar verandering in kunnen brengen?

Vragen bij hoofdstuk 5

Niveau 1

Shira Stein had een zeldzame aandoening, maar werd in het prototype ingepast van een andere ziekte.

- Op welke momenten, achteraf, hadden de artsen van Shira volgens jou kunnen/moeten bedenken dat ze op het verkeerde spoor zaten? Begrijp je hun weerstand tegen de theorie van de moeder?
- Denk je dat diagnosemomentum te voorkomen is? Licht je antwoord toe.

Niveau 2

Volhardende ouders en patiënten die een andere mening zijn toegedaan dan je eigen mening, zul je als arts zeker zijn tegengekomen.

- Wat doet dit met je? Voel je dan waardering of juist irritatie? Waardoor wordt dat bepaald? Ligt de oorzaak daarvan vooral bij de patiënt of bij jezelf? Is dit in elke situatie zo?
- Sta je open voor de ‘zebra’s’ die patiënten (of ouders) opperen? Waarom wel of niet? Wanneer wel of niet?
- Welke concrete voorbeelden kun je je herinneren van consulten waarin de patiënt met een ‘zebra’ irritatie opriep en ook waarin je er open voor stond? Welke factoren bepalen mogelijk je houding en hoe kun je die beïnvloeden?
- In dit hoofdstuk wordt een zeer zeldzame diagnose besproken. In de algemene praktijk werk je ook met onzekerheden (bij jezelf en bij patiënten). Hoe behoed je jezelf dan zo goed mogelijk voor de valkuilen zoals in dit hoofdstuk besproken?
- Wat zijn risico’s van (je eigen) weerstand? Wat zijn risico’s van (te lang) meegaan in het spoor van de patiënt? Kun je concrete voorbeelden bedenken?

Vragen bij hoofdstuk 6

Niveau 1

Je leert veel. Je verwerft nieuwe kennis en nieuwe vaardigheden. Het meeste daarvan zul je aannemen, een enkele boodschap vind je misschien twijfelachtig.

- Ga de komende week eens na waardoor je de nieuwe informatie aanneemt of twijfelachtig vindt. Zijn dat overwegingen op grond van:
 - Onderbouwing (literatuur met onderzoek dat de waarde aannemelijk maakt)
 - Autoriteit (een persoon met status zegt het)
 - Logica (er ligt een sluitende redenering aan ten grondslag)
 - Eigen ervaring en waarneming (je vertrouwt op je eerdere ervaringen, je hebt eerder goede uitkomsten hiervan gezien)

Probeer je bij elk van deze overwegingen af te vragen hoe valide ze zijn.

Niveau 2

Je ziet veel voorbeelden van medisch/gezondheidszorg handelen, van aios, verpleegkundigen, paramedici en andere specialisten. In sommige gevallen zullen deze handelingen van verschillende spelers in het veld tegenstrijdig zijn.

- Wat leer je ervan als je die tegenstrijdigheden opmerkt?
- Ga deze week eens bij jezelf na of je deze tegenstrijdigheden benoemt of niet.
 - Waarom (wel of niet)? Welke rol speelt je zelfvertrouwen hierbij?
 - Heb je zelf een voorkeur voor een van de tegenstrijdige handelingen? Zo ja: waar is deze voorkeur op gebaseerd? Zo nee: waarom niet?

- Vraag jezelf de komende week af:
 - Welke argumenten pleiten *tegen* mijn meest waarschijnlijke diagnose?
 - Zou mijn voorgestelde behandeling dezelfde zijn als het niet een ('anonieme') patiënt betrof maar mijn eigen ouder/kind?

Niveau 3

- Welke verdedigingsmechanismen tegen onzekerheid herken je bij jezelf en/of op je afdeling? Durf je ze af te leggen op cruciale momenten?
 - Ontkenning/vervanging je van onzekerheid door zekerheid
 - Cultuur van conformisme/vertrouwen op consensus
 - Confirmation bias
 - Diagnosemomentum
 - Oplossing volgens het eigen specialisme zien als 'beste' oplossing
 - Enkel vertrouwen op logica

Vragen bij hoofdstuk 7

Niveau 1

‘Productbias’ is de neiging liever iets te doen dan niets.

- Probeer de komende weken, wanneer iemand je een probleem vertelt of om hulp vraagt, in eerste instantie niets te doen en slechts te luisteren. Stel enkel vragen en herformuleer. Wacht zo lang mogelijk af voordat je iets zegt of doet.
- Wat valt je op aan de interactie tussen jou en degene die om hulp vraagt? Merk je dat je eigen waarneming of de waarneming van degene naar wie je luistert verandert? Zo ja, schrijf dan eens in sleutelwoorden op wat er in je eigen waarneming of in de waarneming van de ander leek te veranderen in de loop van het gesprek.

Niveau 2

‘Satisfaction of search’ is de neiging te stoppen met zoeken zodra je één diagnose hebt gevonden.

- Welke casus kun je je herinneren, of voorstellen, van een patiënt wiens differentiële diagnose in het geheel niet gemaakt werd, omdat zich één diagnose opdrong of de arts er direct tevreden mee was? Verklaart deze voordehandliggende diagnose de symptomen inderdaad? Zijn er ook andere verklaringen mogelijk?
- Wat levert het op als een arts bijvoorbeeld bij een gewone verkoudheid een differentiële diagnose zou opstellen?

Een manier om te voorkomen dat je fouten maakt als gevolg van ‘satisfaction of search’ is door telkens na te gaan of het klopt wat je denkt.

- Stel je zelf de komende twee weken bij elke voor de hand liggende diagnose de volgende vragen: klopt het wat ik denk? Verklaart

de diagnose alle symptomen? Beschrijf na twee weken wat je is opgevallen.

- Probeer daarnaast in de loop van de komende twee weken, bij een of meer duidelijke diagnoses die je tegenkomt, toch alle gegevens zo te interpreteren dat je op een andere mogelijke diagnose uitkomt. Oefen jezelf in 'lateraal denken'. Maak daarbij gebruik van je basiskennis van de anatomie en fysiologie.

Vragen bij hoofdstuk 8

Niveau 1

- Hoe zou je na lezing van dit hoofdstuk een radioloog typeren: als generalist of als specialist? Waarom?

Dit hoofdstuk noemt onder andere een onderzoek waarin radiologen het gemiddeld in 20 procent van de gevallen met hun eigen beoordeling van een opname oneens waren. Dat heet ‘intra-observer variatie’.

- Heb je zelf ervaring met veranderlijkheid van je eigen beoordelingen van gelijke situaties?
- Naast intra-observer variatie wordt in het hoofdstuk gesproken over inter-observer variatie. Wat is het verschil?

Tevens wordt gesproken van een onderzoek waarin 60% van de radiologen een ontbrekend sleutelbeen niet opmerkte.

- Hoe is dit te verklaren? Hoe is het resultaat te verbeteren?

In hetzelfde onderzoek werden de twintig best presterende radiologen, met een score van 96 procent accurate diagnoses, vergeleken met de twintig slechtste, met een score van 75 procent.

- Het meest verontrustend was de mate van vertrouwen in de eigen analyse in beide groepen. Wat zijn hiervan de consequenties?
- Wat zou de ideale manier van werken zijn voor een radioloog (zonder te letten op factoren als kosten en tijd)?
- Welke cognitieve ‘fouten’ kunnen optreden bij het beoordelen van een scan?
- Wat is het belang van zorgvuldige communicatie tussen radioloog en behandelend arts en radiologen onderling?

Radiologie bestaat uit twee processen: het proces van waarnemen en het proces van denken. De radioloog moet eerst een observatie doen; als tweede moet hij dan analyseren wat hij heeft waargenomen, wat het betekent, welke mogelijke verklaringen er zijn voor de bevinding. Dit tweestapsproces herhaalt zich elke seconde, minuut na minuut, uur na uur op elke werkdag.

- Wat wordt bedoeld met ‘gestalt’?
- Wat is het risico van ‘gestalt’?

Ironisch genoeg, gaf Potchen aan op basis van zijn onderzoek met de radiologen, ‘vergroot je het risico dat je de patiënt schaadt als je te lang naar een opname kijkt.’ Na ongeveer 38 seconden, ontdekte hij, beginnen radiologen ‘dingen te zien die er niet zijn’.

- Hoe is dit te verklaren?
- Wat zijn de consequenties voor patiënten van vals positieve en vals negatieve uitslagen?

Dr. Potchen heeft een analyse gepubliceerd van de medische besluitvorming waarbij hij concludeerde dat wat de grootste invloed heeft op klinische beslissingen ‘de laatste slechte ervaring’ is. Die conclusie van Potchen is een weerspiegeling van de beschikbaarheidsfout.

- Wat wordt verstaan onder de beschikbaarheidsfout? Wat zijn de consequenties?

Een minder geslaagd effect van computerondersteunde detectie was, dat als een radioloog door de computer ergens op gewezen werd, hij vaker een verdenking van kanker op de thoraxfoto zag bij patiënten zonder kanker: een vals positieve beoordeling. Hieruit blijkt dat de technologie, met name die van computers, een specialist zijn vertrouwen kan verminderen in zijn oorspronkelijke diagnose.

- Heb je zelf de neiging, aan je eigen oordeel te gaan twijfelen wanneer een ander persoon tot een ander oordeel komt? En wanneer een apparaat (zoals een computer) je ergens alert op maakt?

Niveau 2

Orwig is op zoek gegaan naar manieren om minder fouten te maken door zijn waarnemingen en analyses minder snel te gaan maken. Hij gebruikt zijn gedicteerde verslaglegging om meer systematisch te werken. Hij dicteert op een zeer gestructureerde manier volgens een checklist.

- Wat is het belang van de door Orwig gebruikte checklist?
- Ken je andere vormen van checklists uit de geneeskunde of elders? Gebruik je ze zelf?
- Wat is het belang van het systematisch nakijken van ieder detail zoals Orwig bepleit en op welke cognitieve neiging is het een antwoord?
- Wat is het grote voordeel van de filmmethode boven de tegelmethode bij het beoordelen van scans?
- Wat is de keerzijde van de verfijningen van CT-scanmethodes?
- Wat wordt verstaan onder de strategie van het analyseren van 'informatierijke sequenties'?
- Wat is de grootste nachtmerrie van een radioloog? Hoe kun je daarmee omgaan?
- Wat zijn de voor- en nadelen van de snelle ontwikkelingen in de moderne technologie?
- Waarom is het moeilijk onzekerheid te communiceren naar de patiënt? Wat zijn redenen het wel te doen?

Niveau 3

Elke dag bekijkt elke radioloog uit de maatschap van Orwig vier of vijf röntgenopnamen die een collega die dag heeft beoordeeld. Vervolgens worden de twee beoordelingen met elkaar vergeleken en worden de verschillen besproken.

- Ben je bekend met kwaliteitsprogramma's zoals ingevoerd door de maatschap van Orwig in je eigen ziekenhuis of maatschap?

Herbert Kressel, de beeldvormingsspecialist van Harvard, vertelt in het hoofdstuk dat hij eens een afwijking op een MRI-scan gemist had: een kleine maar goed onderscheidbare tumor van de lever die op meerdere afbeeldingen zichtbaar was. ‘Het was een echte blunder. Ik had hem gewoon gemist.’

- Wat betekent het voor de informatie aan patiënten dat fouten nooit voor 100% zijn te voorkomen?
- Moet er bij beoordelingen die mogelijk van levensbelang zijn standaard een tweede beoordeling worden gegeven?

Vragen bij hoofdstuk 9

Niveau 1

- Vind je dat de geneeskunde best wat commerciëler mag zijn? Zo ja, onder welke voorwaarden?
- Vind je dat een verkoper in eerste instantie zou moeten voorlichten, en in tweede instantie pas aan zijn eigen belang mag denken? Hoe zouden de meeste verkopers daarover denken?
- Het verhaal van het panel van het Agency for Health Care Policy and Research is een goed voorbeeld van de kracht van conformisme. Ken je het verschijnsel dat kritische artsen en onderzoekers als ‘dissident’ worden weggezet? Vind je dat het conformisme sterk is in de medische beroepsgroep? Bespreek de voordelen en de gevaren daarvan.
- Zoek op (internet) wat in Nederland de wettelijke regels zijn voor het maken van reclame voor geneesmiddelen en voor geneeskundige producten, zoals medische hulpmiddelen en medische instrumenten.
- Wat betekenen deze regels voor de industrie om hun producten onder de aandacht te brengen van potentiële afnemers (artsen, ziekenhuizen, patiënten, etc) en om deze afnemers te bewegen tot aanschaf? Welke marketingstrategieën kan de industrie dan wél inzetten binnen de beperkingen van de wetgeving?

Veel ‘geneesmiddelen’ (pijnstillers, homeopathische en natuurgeneesmiddelen, zalven, verbandmiddelen, etc.) zijn zonder recept vrij verkrijgbaar. Voor deze middelen gelden minder strenge reclameregels. Het is wat vreemd dat voor middelen met een aangetoonde werking minder reclame mag worden gemaakt dan voor middelen waarvoor geen werking is vastgesteld. Voor de industrie is het natuurlijk heel

interessant om drogisterij middelen op de markt te brengen. De ontwikkelingskosten zijn aanzienlijk lager dan voor geregistreerde middelen en de afzetmarkt is veel groter.

- Wat vind je hiervan? Wat denk je dat dit betekent voor de industrie?

Niveau 2

- Wat vind je van de stelling in het boek: 'Medische vooruitgang lukt niet zonder private sector'.
- Octrooien zijn maar beperkte tijd geldig en dat heeft een remmend effect op de ontwikkeling van nieuwe middelen door de industrie. Wat zou er kunnen gebeuren als het octrooistelsel voor geneesmiddelen volledig zou worden afgeschaft?
- Artsen en apothekers ergeren zich vaak aan de soms opdringerige manier waarop farmaceutische bedrijven hun producten slijten. Anderzijds zijn zij meestal ook afhankelijk van geldelijke bijdragen van de industrie voor onderzoek en congressen. Hoe kan volgens de auteur deze ambivalente positie enigszins worden vermeden? Wat vind je van deze oplossing?
- Heb je het gevoel dat de advertenties voor geneesmiddelen in artsenbladen je beïnvloeden? Zo ja, in welke zin?
- Denk je dat er andere manieren zijn waarop de farmaceutische industrie je denken beïnvloedt, direct of indirect?

Niveau 3

- Dr. Delgado wordt behoorlijk lastiggevalen door een artsenbezoeker (Duncan). Ze laat zich op de kast jagen. Wat vind je van haar reactie? Hoe zou je zelf reageren en waarom?

Vragen bij hoofdstuk 10

Niveau 1

- Vergelijk de casus van Nimer, zijn fellow en de man met MDS (myelodysplastisch syndroom) met de casus in hoofdstuk 8 van Orwig met de nieuwe kalkafzettingen op het mammogram. Wat is de overeenkomst?
- De auteur spreekt van een ‘subtiel psychologisch proces’ als artsen voor zichzelf blijven herhalen dat er sprake is van een ‘lastige ziekte’ als de ziekte complex is en de patiënt niet reageert op de standaard behandeling. Waarop doelt de auteur volgens jou?
- Voor welke fout behoedde Tepler zichzelf door een nieuw bloeduitstrijkje te maken bij de patiënte met babesiose?

Niveau 2

- Hoe verwoord je zelf kansen of risico’s voor patiënten of hoe zou je dit willen doen? In percentages, absolute getallen, positief of negatief verwoord? Welke methode lijkt jou het meest geschikt? Vergelijk je antwoorden met de informatie hierover in het boek van Van Esch & Van de Kreeke (2008): ‘Recepten voor een goed gesprek deel 2’.

De auteur noemt faalangst/ het zoeken van houvast in statistieken en protocollen.

- In hoeverre zoek je zelf houvast bij statistieken en protocollen? Durf je ze te relativieren? Wanneer wel/niet?
- Van welk psychologisch proces zou verder sprake kunnen zijn hierbij?

Daarnaast kan sprake zijn van een ‘self serving bias’. Dit is een attributiefout: hierbij schrijft een persoon zijn eigen succes toe aan dispositionele (interne) factoren en zijn falen aan situationele (externe) factoren (‘een lastige ziekte’).

- De auteur beoogt fouten aan de kaak te stellen en voert daartoe talloze voorbeelden aan van succesvolle artsen die ervoor zorgen dat patiënten (‘innemende sprankelende persoonlijkheden’) nog x jaar in redelijke gezondheid met hun familie samenleven en hun werkzaamheden nog op succesvolle wijze kunnen afronden. Welke verhalen worden NIET verteld?

Niveau 3

- De auteur voert een pleidooi om uitbehandelde patiënten niet in de steek te laten. Hoe vind je dat dit opgaat voor de Nederlandse situatie (palliatief beleid)?

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende modellen van de arts-patiëntrelatie:

1. In het paternalistische model weet de arts vanuit zijn medische expertise wat het beste is voor de patiënt.
 2. In het informatieve model verschaft de arts informatie die past bij de waarden en normen van de patiënt. De patiënt kiest dan wat het best bij zijn/haar wensen past.
 3. Bij het interpretatieve model assisteert de arts de patiënt bij de beslissing welke interventie of behandeling het beste is voor deze patiënt, waarbij deze laatste uiteindelijk beslist.
 4. In het overlegmodel helpt de arts de patiënt bepalen en kiezen wat de beste gezondheidsgerelateerde keuze is voor de patiënt.
- Welk model functioneert volgens jou onder welke omstandigheden het best?

Tips voor opleiders bij de inleiding

- Een goede oefening is de arts in opleiding te vragen om alleen maar te kijken naar de patiënt en daarna vast een eerste werkhypothese op te stellen alvorens aan de anamnese en lichamelijk onderzoek te beginnen.
- Let bij het terugkijken van een video van een consult eens uitsluitend op non-verbale communicatie. Geluid uit en dan observeren kan soms heel verrassende inzichten opleveren.

Tips voor opleiders bij hoofdstuk 6

Je leidt aios op en begeleidt hen tot volleerde beroepsbeoefenaren. Daarbij ondervind je wellicht het volgende dilemma: je weet dat de bewijsvoering van bepaalde handelingen soms wankel is. Tegelijk wil je de aios niet het vertrouwen in diens medische handelen volledig ontnemen.

- Hoe handel je in zulke gevallen?

Sta de komende week eens stil bij de opleiding die je verzorgt. Op grond van welke overwegingen draag je nieuwe kennis en vaardigheden over aan je aios?

- Onderbouwing (literatuur met onderzoek dat de waarde ervan aannemelijk maakt)
- Autoriteit (je hebt het geleerd van een persoon met status)
- Logica (er ligt een sluitende redenering aan ten grondslag)
- Eigen ervaring en waarneming (het is gebaseerd op mijn ervaring; deze verklaring is bevredigender dan andere redeneringen [kennis], dan wel het blijkt beter te werken dan andere handelingen [vaardigheden])

Probeer je bij elk van deze overwegingen af te vragen hoe valide ze zijn.

Tips voor opleiders bij hoofdstuk 9

Dit hoofdstuk leent zich bij uitstek voor ethische (groeps) discussies. Ideeën:

- De antwoorden van studenten/artsen in opleiding op de eerste vraag onder niveau 1 en 2 hangen sterk af van de eigen politieke opvattingen. In een liberale opvatting gaat het hier om een onvermijdelijke vrije markt situatie. In een meer socialistische opvatting is er sprake van een politiek/maatschappelijke keuze. Deze lenen zich dus voor een groepsdiscussie. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat de ontwikkeling van nieuwe medische genees- en hulpmiddelen niet meer door private bedrijven mag worden gedaan, maar alleen nog door overheidsinstellingen of door niet commerciële organisaties. Het is de vraag in hoeverre daardoor de kosten van de gezondheidszorg onacceptabel hoog worden en op basis van welk (kosten) principe er dan wordt gekozen voor de ontwikkeling van het ene dan wel het andere geneesmiddel. In een liberale of vrijemarktopvatting is zo'n situatie uiteraard onaanvaardbaar.
- De film 'The Constant Gardener' van regisseur Fernando Meirelles geeft een hard beeld van de macht van de farmaceutische industrie. Naar aanleiding van de film, of scènes uit de film, is met studenten/artsen in opleiding te discussiëren over de ethiek van farmacologisch onderzoek. De ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel is een kostbaar proces, omdat er hoge eisen worden gesteld aan methodologie van het onderzoek (RCT, inclusie van veel patiënten, etc.). Wij gaan ervan uit c.q. wij hopen dat de industrie zich bij de opzet en uitvoering van dit soort onderzoek houdt aan morele en ethische standaarden voor geneesmiddelenonderzoek. In hoeverre is deze verwachting terecht en controleerbaar?

- Laat de studenten hun eigen waarden en normen t.a.v. de wederzijdse afhankelijkheid van artsen en industrie kritisch beoordelen aan de hand van een casus:

Stel dat je klinisch werkzaam bent en daarbij ook een onderzoek doet naar een nieuw geneesmiddel van een bepaalde fabrikant. Uit je onderzoek blijkt dat dit middel een marginaal beter effect heeft dan andere middelen. Hoe ga je dan om met aanbiedingen van deze fabrikant (congresdeelname, onderzoeksondersteuning) en in hoeverre ben je bereid om daar iets tegenover te stellen (dit middel als middel van eerste keuze opnemen in je persoonlijk formularium, je onderzoeksresultaten presenteren op een congres dat door de fabrikant is georganiseerd, het middel onder de aandacht brengen van collega's in het ziekenhuis)?

- Volgens de auteur probeert de industrie vooral de 'opinion leaders' in de gezondheidszorg te bewerken om hun producten onder de aandacht te brengen. Waarom kiest de industrie vooral voor deze strategie? In hoeverre heeft de gezondheidszorg en hebben patiënten baat bij deze strategie?

Antwoord: De industrie baseert zich hierbij op sociaalpsychologisch onderzoek naar de invloed van opinion leaders op het gedrag van mensen. De studenten moeten uitzoeken hoe sterk deze invloed is en welke andere factoren daarbij een rol spelen. Soms kan de strategie ook averechts werken, met name als het gezag van de opinion leaders ter discussie staat. Toch kiest de industrie vaak voor deze strategie, omdat er gezien de strikte reclameregels niet veel andere wegen zijn om de doelgroep (voorschrijvende artsen) te bereiken. Het voordeel van deze strategie is dat er geen ongebreidelde, op patiënten gerichte reclame voor geneesmiddelen wordt gemaakt. De voorschrijvers en dan met name de opinion leaders hebben een 'dempende' werking op de concurrentiestrijd tussen bedrijven om hun geneesmiddelen te verkopen. In hoeverre dit ook een gunstig effect heeft op de prijs, is niet te beoordelen.

- Welke andere strategieën ken je om de omzet van bepaalde producten te verhogen?

Antwoord: Andere in het boek genoemde strategieën zijn:

- een nieuwe vraag creëren bij gebruikers door medicalisering van psychosociale problemen of door een 'normale' afwijking te stigmatiseren als een klinische stoornis;
 - belonen voor het voorschrijven of het gebruik van een middel;
 - een middel dat werkt voor één aandoening ook aanbevelen voor andere aandoeningen (mag niet in Nederland).
- Welke andere strategieën zou de industrie nog meer kunnen hanteren om de omzet in hun producten te verhogen (laat je niet afleiden door ethische en morele bezwaren).

Antwoord: Niet in het boek genoemde strategieën zijn:

- een monopoliepositie creëren m.b.v. octrooien/patenten (geldt voor alle merkmiddelen);
 - vergelijkbare middelen op de markt brengen voor een lagere prijs (loco's);
 - een middel ontwikkelen met verslaving als bijwerking (barbituraten);
 - politieke lobby (b.v. griepvaccinatie);
 - (deels) onjuiste informatie publiceren over de werking en bijwerkingen (als je maar vaak genoeg liegt, heeft het toch effect);
 - prijsvoordelen bieden voor grootafnemers (b.v. ziekenhuizen en apothekers);
 - koppelverkoop (werkt vooral goed bij geneesmiddelen voor bejaarden en chronisch zieken);
 - omkoping en chantage;
 - dumpen van afgekeurde partijen in ontwikkelingslanden.
- De vraag onder niveau 3 is ook in een groep studenten/artsen in opleiding te bespreken. De reactie van dr. Delgado is niet erg handig. Ze laat zich op de kast jagen door het grensoverschrijdend

gedrag van de artsbezoeker. Ze voelt zich overvallen, beledigd en op haar kop gezeten door hem. Dat zegt ze wel tegen haar man, maar niet tegen de artsbezoeker zelf. Naar de artsbezoeker reageert ze alleen met een ijzige blik en met een kortaf 'Nee'. Dat is niet effectief. Hij gaat immers door met zijn 'beïnvloedende' strategieën. Een andere aanpak had wellicht meer effect gehad:

- Direct reageren na de komst van het eerste doosje chocolade met een kort, maar duidelijk briefje, ondertekend door haar secretaresse, dat zij nooit geschenken van de industrie aanneemt en dat hij informatie over zijn 'product' desgewenst kan achterlaten bij haar secretaresse. Zijn doosje chocola kan hij dan ook mee terug nemen;
- Bij herhaalde 'verleidingspogingen' dit standaardbriefje telkens laten terugsturen door haar secretaresse;
- Bij verandering van de strategie naar confrontatie 'U moet mijn middel 3 maal voorschrijven' nog niet direct afwijzend reageren (is moeilijk natuurlijk), maar de artsbezoeker alleen verzoeken om een afspraak met haar te maken via haar secretaresse. Dat geeft haar bedenktijd en zet hem waarschijnlijk op het verkeerde been;
- Collega's en de directie van het ziekenhuis informeren over dit grensoverschrijdende gedrag;
- In een (kort) gesprek met de artsbezoeker duidelijk aangeven:
 - a) U bent uw boekje te buiten gegaan met uw eis dat ik uw middel moet voorschrijven. Ik heb mijn collega's en de directie op de hoogte gebracht van uw ontoelaatbare gedrag.
 - b) Uw eis heeft een averechts effect. Door uw gedrag heb ik een grote aversie gekregen niet alleen tegen u zelf, maar ook tegen uw firma en uw product. Ik zal dit product dan ook zeker niet voorschrijven, laat staan aanbevelen bij collega's. Integendeel, ik zal mijn collega's vertellen over de ontoelaatbare manier waarop u hebt geprobeerd om mij te beïnvloeden en ik zal uzelf en uw firma daarbij met naam en toenaam noemen.

- c) Ik verzoek u vriendelijk om vanaf nu geen contact meer met mij op te nemen noch direct noch indirect. Mocht u dat toch proberen, dan zal ik me daarover beklagen bij uw werkgever.

Tips voor opleiders bij hoofdstuk 10

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende modellen van de arts-patiëntrelatie:

1. In het paternalistische model weet de arts vanuit zijn medische expertise wat het beste is voor de patiënt.
2. In het informatieve model verschaft de arts informatie die past bij de waarden en normen van de patiënt. De patiënt kiest dan wat het best bij zijn/haar wensen past.
3. Bij het interpretatieve model assisteert de arts de patiënt bij de beslissing welke interventie of behandeling het beste is voor deze patiënt, waarbij deze laatste uiteindelijk beslist.
4. In het overlegmodel helpt de arts de patiënt bepalen en kiezen wat de beste gezondheidsgerelateerde keuze is voor de patiënt.

In *Recepten voor een goed gesprek* deel 1 en 2 (Van Esch et al. 2008) komen deze modellen voor de arts-patiëntrelatie uitgebreid aan bod (deel 1) en wordt het communiceren van risico's besproken (deel 2, hoofdstuk 3).