

Communicatie met patiënten met chronische SOLK

Samenvatting

Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. *Communicatie met patiënten met chronische SOLK. Huisarts Wet* 2014;57(3):114-8.

DOEL Het onderzoeken van de arts-patiëntcommunicatie in consulten met patiënten met chronische somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

METHODE We voerden een explorerende kwalitatieve analyse uit van transcripten van twintig videoconsulten.

RESULTATEN De deelnemende patiënten vertoonden veel verschillende klachten waarover ze op een ongestructureerde manier vertelden, terwijl huisartsen bijna geen structurerende technieken gebruikten. Patiënten met chronische SOLK kregen veel ruimte om hun verhaal te vertellen, maar konden de reden van hun komst, hun ideeën en zorgen niet systematisch bespreken. Hoewel deze onderwerpen tijdens de consulten aan de orde kwamen, waren het meestal de patiënten zelf die het gesprek erover begonnen. De uitgebreide uitleg die huisartsen gaven over het ontstaan van klachten liet meestal geen ruimte voor de eigen ideeën en zorgen van patiënten.

CONCLUSIE Doordat patiënten verscheidene klachten hebben en de huisartsen het gesprek niet structureren, verlopen consulten met patiënten met chronische SOLK vaak chaotisch. Wel krijgen patiënten ruim de gelegenheid om hun verhaal te vertellen.

INLEIDING

Huisartsen krijgen op het spreekuur veel patiënten die somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) hebben.^{1,2} Onlangs bleek uit twee onderzoeken dat de communicatie van huisartsen tijdens een consult waarin voor het eerst SOLK aan de orde komen te wensen over laat.^{3,4} Huisartsen gaan onvoldoende in op de reden van de komst, de ideeën, verwachtingen en zorgen van patiënten met SOLK, en nemen te weinig tijd voor hen.^{3,4} Toch ontwikkelt slechts een minderheid (2,5%) van de patiënten uiteindelijk chronische SOLK.⁵ Communicatie tussen huisartsen en patiënten met chronische SOLK is vaak nog complexer.⁶ Huisartsen voelen zich vaak onzeker over de behandelwijze van deze patiënten.⁷ Patiënten willen de verschillende facetten van hun klachten en problemen benoemen, en hun ongerustheid uiten, en dat allemaal in een 10-minutenconsult.⁸⁻¹⁰ Het is nog steeds niet

duidelijk hoe patiënten en huisartsen binnen zo'n kort tijdsbestek hun doelen bereiken en op welke onderdelen van het consult ze de nadruk leggen. Daarom is het doel van dit onderzoek te analyseren 1) hoe patiënten SOLK presenteren, 2) hoe huisartsen deze klachten onderzoeken en 3) op welke onderdelen van het consult huisartsen en patiënten de nadruk leggen.

METHODE

We hebben met een kwalitatieve methode 20 op video opgenomen huisartsconsulten met patiënten met chronische SOLK geanalyseerd. Deze videoconsulten waren afkomstig uit de 2784 videoconsulten uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS-2).¹¹ Alle videoconsulten waarbij er mogelijk sprake was van SOLK hebben we geselecteerd [figuur]. We hebben consulten geselecteerd 1) met patiënten die hun eigen huisarts bezochten, 2) die lichamelijke klachten betroffen waarvoor de patiënt de huisarts al eerder had bezocht en waarbij volgens de huisarts de klachten gerelateerd waren aan psychosociale factoren, 3) waarbij de leeftijd van de patiënt ≥ 18 jaar was en 4) waarbij er niet gelijktijdig sprake was van een psychiatrische diagnose en/of een sociale diagnose. Exclusiecriteria waren slechte geluidskwaliteit en consulten door een van de auteurs. Wanneer onze selectie van één huisarts meer videoconsulten bevatte, hebben we alleen het eerst opgenomen consult geïncludeerd. Twee onderzoekers hebben de consulten onafhankelijk van

Wat is bekend?

- Huisartsen vinden de communicatie met patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) lastig.
- De communicatie van huisartsen tijdens een eerste consult bij SOLK kan beter.
- Slechts een minderheid van de patiënten ontwikkelt persistente SOLK.
- Een 10-minutenconsult voor SOLK is voor zowel de patiënt als de huisarts vaak onvoldoende.

Wat is nieuw?

- Huisartsen geven patiënten met chronische SOLK veel ruimte om hun verhaal te vertellen.
- Patiënten presenteren meer klachten kriskras door het consult heen.
- Huisartsen gaan niet in op de reden van komst en geven weinig structuur aan de consulten.
- De gegeven uitleg sluit vaak niet aan op de ideeën en zorgen van patiënten.
- Huisartsen en patiënten nemen veel tijd voor het gesprek over SOLK.

Radboud UMC, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker; dr. E. van Rijswijk, huisarts-onderzoeker; dr. E. van Weel-Baumgarten, huisarts-onderzoeker; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. C. van Weel, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde. NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Utrecht: prof.dr. S. van Dulmen, hoogleraar communicatie in de gezondheidszorg • Correspondentie: t.oldehartman@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door middel van een ZonMw-subsidie, nummer 920-03-339.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90:354-60. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

elkaar bekeken en hebben aan de hand van wat de huisarts en patiënt tijdens het consult hebben verteld, bepaald of de klachten van de patiënt strikt somatisch te verklaren waren. We hebben alleen consulten geïnccludeerd als beide onderzoekers het hierover eens waren dat dit niet het geval was. Wanneer we niet tot overeenstemming konden komen, hebben we het consult uitgesloten.

Gegevensanalyse

Bij de kwalitatieve gegevensanalyse hebben we het biopsychosociale model als theoretisch kader gebruikt.^{12,13} De analyse van de gegevens vond plaats volgens de vigerende richtlijnen voor kwalitatieve gegevensanalyse. Voor een uitgebreidere beschrijving van de kwalitatieve analyse en de selectie van de video's verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel.¹⁴

RESULTATEN

Videoconsulten

Acht (40%) van de patiënten in de uiteindelijk geïnccludeerde videoconsulten was man; de leeftijd varieerde van 25 tot 80 jaar (mediaan = 47). Van de 20 huisartsen waren 15 (75%) man, met een leeftijd van 34 tot 61 jaar (mediaan = 45) en met gemiddeld 15,7 jaar werkervaring als huisarts (spreiding 3-30). De gemiddelde (mediane) duur van de consulten was 13,5 (12,1) minuten, met een spreiding van 8,1 tot 37,0 minuten.

Klachtpresentatie

De meeste (95%) patiënten met chronische SOLK vertoonden tijdens het beoordeelde consult meer dan één symptoom. Driekwart van de patiënten had zowel SOLK als verklaarde lichamelijke klachten. Het gemiddelde aantal klachten waarmee patiënten op het spreekuur kwamen was 3,6 (spreiding 1-5). Het gemiddelde aantal SOLK waarmee ze kwamen was 2,4 (spreiding 1-5). De meest voorkomende klachten waren klachten van het bewegingsapparaat (n = 15), het maag-darmkanaal (n = 8) en andere algemene klachten (n = 11), zoals zich ziek voelen, moeheid, zweten of oedemen.

Chronische SOLK-patiënten hadden verschillende klachten en leken gedurende alle onderdelen van het consult van de ene op de andere klacht over te gaan. Daarbij vertelden de patiënten vaak over nieuwe klachten en zorgen nadat de huisarts klaar was met de anamnese, het lichamenlijk onderzoek of het geven van informatie over de klachten (citaat 1; P11 116-12;023-111).

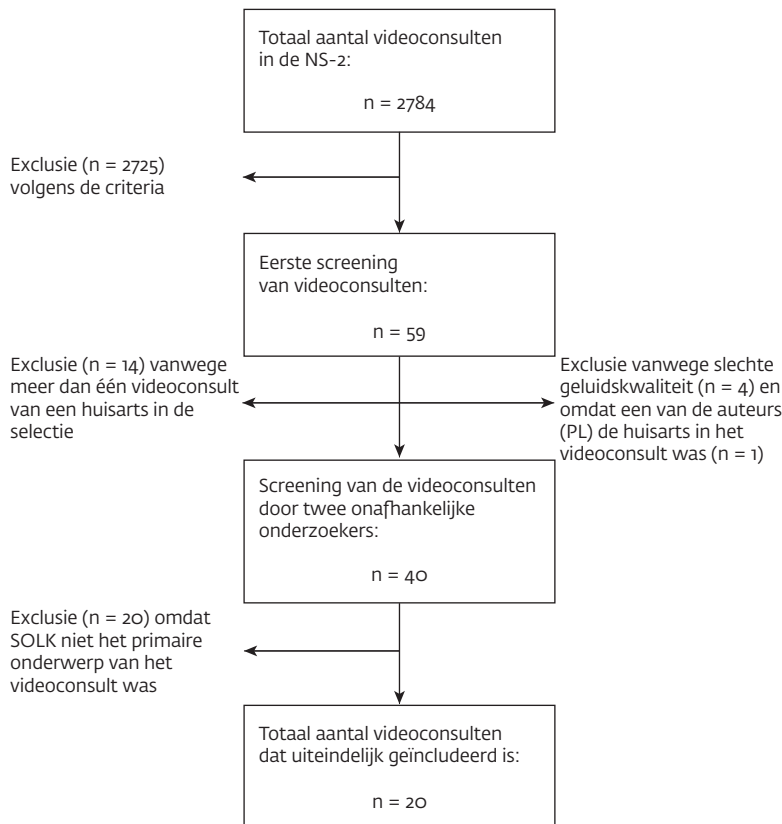
[Verhaal van de patiënt, klacht 1]

P: Want het zijn pijnlijke winden of het is evengoed pijn in mijn buik. En de ontlasting komt wel of niet en ziet er een beetje raar uit. Maar het gaat weer over, het is altijd weer overgegaan.

A: Precies, dus u heeft al jarenlang van deze klachten.

[Onderzoek van de klacht]

Figuur Selectie van videoconsulten met patiënten met chronische SOLK



A: Vreemde ontlasting. Geen bloed of slijm erbij?

P: Nee, nee

A: Vast en brijig, geen diarree?

P: Nee, die heb ik niet.

[Geen lichamenlijk onderzoek]

[Uitleg]

A: Ja, als ik het zo bekijk, dan lijkt het inderdaad op het prikkelbaredarmsyndroom. Dus een gevoelige darm. En dat kan krampen geven. Ongeveer 20% van de mensen heeft daar in meer of minder mate last van. Het is niet kwaadaardig en er is geen ontsteking, maar het functioneren van de darm is onvoldoende. Het is daarom belangrijk om veel vezels te gebruiken en die poeders (movicolon) in te nemen.

[Verhaal van de patiënt, klacht 2]

P: En die jeuk, die blijft alleen maar, het is afschuwelijk.

A: Dan zitten we nog met uw jeuk.

P: Ja, het is idioot, maar af ten toe in mijn gezicht heel erg en mijn rug is het ergst, altijd dezelfde plek die jeukt. Dat heb ik nou al heel lang, hoor.

Reden van komst

Hoewel het belangrijk is voor huisartsen om duidelijkheid te verkrijgen over de reden van de komst van de patiënt, om zo tot een meer gerichte communicatie te komen, vond in 13 consulten (65%) geen verdere uitdieping naar de reden plaats. Mogelijk beginnen patiënten daarom daar zelf een gesprek over. In de videoconsulten waarin de huisarts en de patiënt de reden van komst wel bespraken (n = 7), namen de patiënten in de meeste gevallen (n = 5) het initiatief (citaat 2; P8 C10208;24-31).

P: En ik heb toch als ik ga slapen een onrustig gevoel, beetje last van hartkloppingen.

D: Ja.

P: Dus ik vraag me af, ik heb ook gelijk gelezen, dat er zoiets bestaat als bètablokkers, ik weet niet of dat voor mij van toepassing is of iets dergelijks.

D: Hmm.

P: Iemand vertelde mij over propranol. Ik vroeg me af of dat voor mij van toepassing is.

D: Ja, oké.

In slechts twee consulten vond er geen bespreking van de ideeën en zorgen van de patiënt plaats. In deze twee consulten probeerden patiënten het gesprek daarover wel aan te zwengelen, maar reageerde de huisarts er niet op (citaat 3; P1 C2601;132-140). In de consulten waarin de bespreking wel plaatsvond begon de patiënt meestal het gesprek over deze onderwerpen: in 16 consulten (89%) startten patiënten het gesprek over hun ideeën en zorgen, en in 9 consulten (50%) begon de huisarts dat gesprek.

Het is opmerkelijk dat in de meerderheid van de consulten (10 van de 18) waarin de ideeën en zorgen van patiënten aan de orde kwamen, deze alleen voor een gedeelte van de klachten werden besproken.

P: Volgens mij deugt het voor geen meter, hoor. Ik voel me eigen zo aftakelen als ik weet niet wat.

A: Dit is voor de neuroloog. Dan kun je een afspraak maken. Dan zal ik een verwijsbrief maken, die leg ik bij de assistente klaar. Maar je benen, dat vind je ook wel een punt?

P: Ja, ik weet wel, ik moet een heleboel kilo's dragen, maar jeetje, dat gaat ook niet zomaar. Het lijkt wel of er iets kapot is in

mijn hoofd. Ik denk elke keer, ik moet afvallen, ik moet afvallen, en op hetzelfde moment sta ik mijn eigen vol te douwen. Het werkt hier (P wijst naar eigen hoofd) niet gewoon op die manier.

A: Je moet afvallen, maar je eet ook.

Gesprekken over de gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven van patiënten en hun sociale omgeving, en ziektegedrag vonden nauwelijks plaats. In negen consulten (45%) spraken huisarts en patiënt hier zelfs in het geheel niet over.

Waar ligt de nadruk in het SOLK-consult?

Huisartsen gaven patiënten met chronische SOLK ruim de gelegenheid om hun verhaal te vertellen en patiënten maakten hier goed gebruik van (21,8% (spreiding 5,1-80,7) van de tekst in de transcripten). In 50% van de consulten (n = 10) werden de klachten juist helemaal niet verder onderzocht. En in de helft van de consulten waarin dat wel gebeurde, ging de huisarts niet dieper in op alle SOLK die in het consult naar voren kwamen.

Uit de videoconsulten bleek dat huisartsen bijna geen structurerende technieken gebruikten, zoals het vaststellen van de agenda, het aankondigen en uitvoeren van lichamelijk onderzoek, en het samenvatten van de informatie die ze tijdens de consulten hadden verkregen. Slechts in één consult stelde de huisarts expliciet de agenda vast. In acht consulten vond lichamelijk onderzoek plaats en in één consult gaf de huisarts een samenvatting van zijn bevindingen.

Wel gaven de huisartsen in nagenoeg alle consulten uitleg over de klachten van de patiënt. Hoewel bijna een vijfde van de tekst in de transcripten over het uitleggen van de klachten ging, maakten veel patiënten nieuwe opmerkingen over hun klachten, ideeën en zorgen wanneer de huisarts de klachten probeerde uit te leggen.

Meestal sloot de uitleg van de huisarts over de klachten niet aan bij de ideeën en zorgen waarover de patiënten in het consult hadden verteld. Bovendien waren de pogingen die de huisarts deed om patiënten gerust te stellen meestal niet gericht op hun specifieke zorgen (citaat 4; P4 C077-04:4-9;21-26; 80-85; 109-11).

[Zorgen van de patiënt]

P: Ik heb het weer zo in mijn keel, slokdarm zitten als ik me inspan. Heeft toch niks met het hart te maken, hè? Het is iedere keer als ik me 's nachts omdraai.

A: Ja.

P: Ik weet het niet, maar het zit dieper, net alsof er een brok zit.

[Reden van komst en zorgen van de patiënt]

P: Ik heb ook pijn in mijn borst gehad, dus ik wou u vragen of

u er even naar wou kijken. Ik maak me er toch een beetje ongerust over. Als ik nou maar zeker weet dat er niks is.

A: Als we maar weten dat het de keel is en niet het hart, dan is het goed.

P: Ja.

[Uitleg]

P: Van de week had ik het ook nogal druk. Ik ben de laatste tijd erg gejaagd. Toen heb ik zo'n tabletje seresta genomen en toen ging de pijn in mijn keel ook weg.

A: Ja, nou dat zou kunnen betekenen dat de spanningen die u voelt van binnen ook een beetje op de keel slaan, dat die keel letterlijk dichtgeknepen wordt.

P: Ja, zo'n gevoel heb ik wel.

[Reactie van de patiënt]

P: Maar mijn hart heeft er niks mee te maken?

A: Nee, dit heeft niks met het hart te maken.

BESCHOUWING

Belangrijkste bevindingen

Patiënten met chronische SOLK vertoonden tijdens het consult verschillende klachten (zowel lichamelijk verklaarde als onvoldoende verklaarde klachten). Daarbij gingen ze gedurende het consult van de ene op de andere klacht over.

In de meerderheid van de SOLK-consulten vond geen bespreking van de reden voor de komst plaats. En als deze al aan de orde kwam was het meestal de patiënt die hierover het gesprek begon. In de meerderheid van de SOLK-consulten vond wel een exploratie plaats van de ideeën en zorgen van de patiënt. Maar ook dan was het meestal de patiënt die hiervoor de eerste aanzet gaf.

Huisartsen en patiënten nemen veel tijd voor het gesprek over de SOLK. Huisartsen besteden daarnaast veel aandacht aan het uitleggen van de klachten. Toch sloot deze uitleg vaak niet aan bij de ideeën en zorgen van de patiënt.

Vergelijking met de literatuur

Onze bevindingen komen overeen met die van anderen.³ Huisartsen laten in consulten juist zaken na die patiënten belangrijk vinden. Bijna alle SOLK-patiënten geven hun huisarts de gelegenheid om de emotionele kanten van hun klachten aan te snijden.⁴⁻⁵ Deze bevindingen zijn belangrijk omdat een gesprek over de ideeën en zorgen van patiënten, en een gedeeld inzicht in en duidelijkheid over de reden voor het bezoek bijdragen aan een grotere patiënttevredenheid.¹⁶

Sterke en zwakte punten

Dit is het eerste onderzoek met videoconsulten van patiënten met heterogene ongedifferentieerde chronische SOLK in de huisartsenpraktijk. Noch de dokter, noch de patiënt was zich tijdens het consult bewust van het onderwerp van het onderzoek. De vastgelegde arts-patiëntcommunicatie is dan ook representatief voor de gang van zaken in de dagelijkse praktijk. Omdat het consulten van patiënten met hun 'eigen' huisarts betreft, gaat het om reeds bestaande arts-patiëntrelaties. Toch is het goed om te benadrukken dat een enkel consult niet het hele verhaal vertelt. Tijdens elk nieuw consult spelen herinneringen aan vorige consulten een rol. Deze herinneringen kunnen het videoconsult beïnvloeden hebben.¹⁷ Dit zou kunnen verklaren waarom we zo'n beperkte exploratie van de klachten vonden en zagen dat de huisartsen in de meeste consulten geen lichamelijk onderzoek deden. Toch vonden we geen woorden of zinnen die verwezen naar eerdere consulten waarin de klacht(en) aan bod was (waren) gekomen.

Videoconsulten zouden de beste methode zijn om de arts-patiëntcommunicatie te onderzoeken.¹⁸ Volgens sommigen zijn er weinig aanwijzingen dat video-opnamen het gedrag van patiënten of huisartsen beïnvloeden (i.e. het Hawthorne-effect), maar zouden ze wel participatiebias kunnen veroorzaken met betrekking tot het soort dokters en patiënten dat mee wil doen met het onderzoek.¹⁹ Toch lijkt deze vorm van participatiebias in ons onderzoek minimaal omdat de NS-2 een responspercentage van 89% had. Bovendien vonden we dat 2,1% (59 van de 2784) van het totale aantal videoconsulten in de NS-2 consulten met patiënten met chronische SOLK betrof. Dit percentage strookt met bevindingen uit ander onderzoek, waarbij de onderzoekers vonden dat 2,5% van de patiënten in de huisartsenpraktijk chronische SOLK hebben.⁵

Omdat het hier om een kwalitatief onderzoek gaat zijn onze bevindingen niet generaliseerbaar. Ze moeten dan ook worden bevestigd in een groter, prospectief onderzoek dat de arts-patiëntcommunicatie bij patiënten met SOLK in de loop van de tijd analyseert.

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat de arts-patiëntcommunicatie over chronische SOLK verbeterd kan worden door meer nadruk te leggen op de exploratie van de ideeën en zorgen van patiënten. Hoewel het belangrijk is om tijd te maken voor en aandacht te schenken aan het verhaal van patiënten met chronische SOLK, hebben deze patiënten mogelijk meer baat bij een gerichtere communicatie, waarbij huisartsen het consult structureren en de verwachtingen, ideeën en zorgen van patiënten exploreren en hun bevindingen direct verwerken in hun uitleg aan hun patiënten. Scholing op dit gebied binnen het medisch curriculum en de vervolgopleiding kan resulteren in een gerichtere arts-patiëntcommunicatie die de gezondheid van patiënten met SOLK kan bevorderen. ■

LITERATUUR

- 1 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-6.
- 2 Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
- 3 Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2006;68:269-76.
- 4 Kappen T, Van Dulmen S. General practitioners' responses to the initial presentation of medically unexplained symptoms: a quantitative analysis. *Biopsychosoc Med* 2008;2:22.
- 5 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
- 6 Innes AD, Campion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the 'edge of chaos'. *Br J Gen Pract* 2005;55:47-52.
- 7 Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.
- 8 Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, et al. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2009;24:443-9.
- 9 Stuarts MR, Lieberman JA. *The fifteen minute hour: therapeutic talk in primary care*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd, 2008.
- 10 Van Dalen J, Prince CJ, Scherpbier AJ, Van der Vleuten CP. Evaluating communication skills. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 1998;3:187-95.
- 11 Westert G, Jabaaij L, Schellevis F. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Oxford: Radcliff publishing, 2006.
- 12 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- 13 Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. *Raamplan 2001 artsenopleiding; bijgestelde eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen, 2001.
- 14 Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90:354-60.
- 15 Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
- 16 Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract* 1992;9:61-6.
- 17 McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. New York; Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 18 Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care* 1985;23:521-38.
- 19 Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract* 2000;17:422-7.

 Nico van Duijn

Goede dokters zijn nederig

Experts falen vaak (Daniel Kahneman, *Ons feilbare denken*, 2013). Beleggings-experts halen resultaten die in niets verschillen van het toeval. Radiologen herbeoordelen dezelfde röntgenfoto in 20% van de gevallen anders. Studieadviseurs zitten er meestal naast. Wijnkenners voorspellen de wijnprijs slechter dan de regel 'Hoe natter de lente + hoe warmer en droger de zomer = hoe beter en duurder de wijn later.'

Hoe komt het dan dat u beter af bent met een huisarts die een mogelijke

blindedarmonsteking ziet en verwijst naar de chirurg bij buikpijn rechtsonder? Hoe komt het dan dat een chirurg de operatie-indicatie van mijn verwezen patiënten succesvoller inschat dan de beleggingsexpert of de wijnkenner? Dat komt omdat we algoritmen gebruiken, simpele rekenregels, mentale software eigenlijk. Dokters zijn beter als ze minder op hun klinisch oordeel vertrouwen. In de meerderheid van de gevallen doet een rekenregel het beter dan een expertoordeel. Goede dokters gebruiken hun intuïtie alleen aan het eind, als er twijfel is, als er eigenaardigheid is. Intuïtie werkt alleen goed na het verzamelen van objectieve gege-

vens. Intuïtie verliest het van rekenregels in de meerderheid van de gewone gevallen. We hebben meer trucjes, zoals afwachten. Dan maakt het tijdsverloop je wijzer, en vaak nederiger. Bovendien maken we 'Wat-te-doen-als-afspraken'. Dat zijn afspraken voor het geval we ongelijk hebben met de eerste inschatting, de voorlopige beslissing.

Dokters vormen een nederig volkje. We weten als geen ander hoe vaak we ernaast zitten. De rest is logistiek, 'Wat-als-afspraken' en protocollen. Veel saaiere protocollen en nederige dokters, dat is het recept. ■