

Arno Goudsmit. ***En, wat zei de dokter? Theoretische onderbouwingen bij het praktische werk van de huisarts.*** Uitgever: Gompel&Svacina, 2021. ISBN 978 94 6371 310 8.

Door: Rob Houtepen

Arno Goudsmit is een filosofisch geschoolde psychotherapeut. Door zijn bijna 30-jarige werk aan de Maastrichtse huisartsopleiding weet hij wat artsen beweegt. Dit boek is een unieke en opmerkelijke proeve in het verbinden van theorie en praktijk. Dit is onder andere opmerkelijk omdat juist geneeskunde in vele opzichten een a-theoretisch vak is. Liever dan zich mengen in theoretische discussies, pakken geneeskundestudenten en artsen een model of stappenplan van de plank en gaan er mee aan de slag. Toch lukt het Goudsmit om in zijn boek voortdurend met praktijkvoorbeelden duidelijk te maken waarom theorie meer inzicht kan bieden en bruikbaar kan zijn.

In aansluiting op zijn werk onder huisartsen is Goudsmit's boek doortrokken van het inzicht dat cognitief psycholoog Daniel Kahnemann beroemd heeft gemaakt: in het dagelijks leven volstaat normaliter 'snel denken' en kun je als arts ook de klachten en problemen van patiënten prima aanvatten met de classificaties, schema's, stappenplannen, kennis en vaardigheden 'van de plank'. Maar in een deel van de gevallen volstaat dit niet. Daar stuiten arts en patiënt op de beperkingen en valkuilen van het snelle probleemoplossende denken. Dan moet een arts tijdig kunnen schakelen naar de modus van 'langzaam denken'.

Het werk van Kahnemann raakt de kern van het medisch handelen, namelijk beslissen onder onzekerheid. De in de wetenschappelijke geneeskunde gebruikte kennis is meest mechanistisch, biomedisch en statistisch van aard. Dat werkt prima zo lang patiënten en hun klachten goed passen binnen de daar gehanteerde categorieën. Goudsmit gebruikt de eerste hoofdstukken van zijn boek om de wetenschapstheoretische achtergronden van die klassieke wetenschap en haar modellen toe te lichten en met praktijkvoorbeelden te illustreren.

Dit klassieke, 'mechanistische' wetenschapsmodel betreft niet alleen de biomedische kennis. Goudsmit schrijft vanuit zijn werk rond de consultvoering en breder de interactie en communicatie tussen artsen en patiënten. Juist die wereld staat bol van de sociaalpsychologische en cognitieve modellen. Die zouden het voor de arts mogelijk moeten maken om het patiëntperspectief en de handelingsopties snel in kaart te brengen en om 'on the spot' effectieve communicatieve interventies te implementeren. Dit is typisch een proces van 'reductie van complexiteit'. Dat valt artsen niet kwalijk te nemen en het is vaak onvermijdelijk: de actuele confrontatie met de klachten, behoeften en wensen van de patiënt levert voor de arts acute beoordelings- en beslissingsdruk op. Wat een arts dan tot in de vingertoppen moet beheersen is snel denken en beslissen, met behulp van alle beschikbare, kant en klare en liefst wetenschappelijk onderbouwde hulpmiddelen. De opleiding moet haar daar optimaal op voorbereiden.

In zijn theoretische hoofdstukken diept Goudsmit het begrip complexiteit uit, om goed aan te kunnen geven waar en waarom de arts uit die modus van complexiteitsreductie en snel denken zou moeten stappen, om de complexiteit van de klachten en hulpvraag van de patiënt recht te doen. Dat is pittige kost, maar Goudsmit is zeer goed thuis in de theorievorming over complexe systemen en legt het precies en systematisch uit, met behulp van heldere en vaak alledaagse

voorbeelden. De kern van dit geheel is dat de klassieke wetenschap zich richt op vormen van causale relaties die in zodanige mate vaste vormen aannemen, dat we ze volgens vaste categorieën in beeld kunnen brengen en als uitgangspunt voor interventies kunnen gebruiken. Goudsmit spreekt van een “realistisch discours”.

Daartegenover staat het “nominalistisch discours”, waarin juist de begrippen waarin wij de werkelijkheid proberen te ordenen centraal staan. Als ‘realist’ gaat een arts primair op zoek naar de oorzaken van een klacht of probleem. En probeert die af te leiden uit de causale relaties tussen de ‘vaste’ elementen van de werkelijkheid: cellen, hormonen, angsten etc. Geneeskunde is dan vooral een vorm van toegepaste natuur- en gedragswetenschap, in de veronderstelling dat ook gedrag in principe volgens vaste causale patronen tussen ‘gegeven’ basiselementen verloopt. Als ‘nominalist’ vraagt een arts zich vooral af welke ordening van de werkelijkheid het meest bruikbaar is. Om een problematisch patroon qua gezondheid vast te stellen is niet per se een finale causale verklaring vereist, als die al haalbaar zou zijn. Het volstaat vaak om vanuit de praktische relevantie (betekenis) van dat patroon te bedenken welke ordening van geneeskundige kennis en handelingsopties dit patroon het meest vruchtbaar zou kunnen doorbreken. Juist voor huisartsen, die dagelijks worden geconfronteerd met een enorm breed scala van gezondheidsklachten en die over beperkte diagnostische voorzieningen beschikken, is een dergelijk pragmatisme de meest bruikbare aanvliegroute.

Geneeskunde is uiteindelijk altijd een combinatie van realistische, causaal-mechanistische kennis enerzijds en nominalistische, op handelingsopties gerichte kennis anderzijds. Goudsmit gebruikt de inzichten uit de biologische systeemtheorie om duidelijk te maken wanneer de mechanistische benadering tekort schiet. Die werkt namelijk alleen bij de veronderstelling van min of meer ‘vaste’ elementen, toestanden en relaties, De onderzoeker of arts kan die beschouwen of gebruiken als ‘objecten’ en zichzelf daar ‘buiten’ houden, oftewel objectief blijven. Daarentegen richt de biologische systeemtheorie zich, net als de kwantumtheorie, op complexe systemen. Elke ordening van zo’n systeem is tevens een bewerking. Complexiteit impliceert dat de ‘waarnemer’ zich niet meer op afstand, ‘objectief’ of als onafhankelijk ‘subject’ tot het systeem kan verhouden. En dat geldt dus ook voor elke interactie tussen patiënten en artsen: de klachten van de patiënt vormen geen object of ‘vast gegeven’, onafhankelijk van het denken en handelen van de arts. De arts stelt niet objectief klachten vast om op basis van deze vaste kennis een effectieve interventie te ontwerpen, maar is vanaf de allereerste confrontatie met die klachten actief partij in een therapeutisch gerichte herordening van die klachten.

Complexiteit betreft dus de kern van de arts-patiënt-relatie en wel heel manifest elke vorm van communicatie tussen patiënt en arts. Dat laat onverlet dat binnen dit complexiteitskader arts en patiënt allerlei realistische en mechanistische aannames het meest bruikbaar kunnen vinden: het is buitengewoon prettig en handig om vaak terug te kunnen vallen op vaste procedures om metingen te verrichten en veranderingen tot stand te brengen. Maar in de context van de relatie tussen huisarts en patiënt, zal de arts relatief vaak buiten dergelijke kaders om moeten “improviseren”. Anders gezegd: complexiteit is aan de orde als vaste elementen en mechanistische relaties wegens contextgevoeligheid niet voldoen. En de huisarts heeft bijna per definitie te maken met contextgevoelige patiënten, klachten en handelingsopties. Vanwege die contextgevoeligheid is

het verloop van communicatie en van therapeutische interventies minder voorspelbaar en moet de huisarts gespist zijn op benodigde aanpassingen.

Het vaak complexe beloop van de klachten en de complexe aard van de communicatie vereisen van de huisarts dus contextgevoelige sensitiviteit. In de oud-Griekse filosofie heette dit *phronèsis*, in het Nederlands het best te omschrijven als praktisch oordeelsvermogen of praktische wijsheid. Die is overal vereist waar het niet voldoet om deductief algemene kennis en een standaardrepertoire van handelingen toe te passen op een concreet, individueel geval. Met *phronèsis* moeten steeds weer zoekend en tastend de fenomenen (hier: klachten, verklaringen, handelingseffecten) en de handelingsopties worden geïnterpreteerd en geherïnterpreteerd in de complexe en contextuele interactie tussen arts en patiënt. Dit behelst dat er in de medische praktijk altijd een niet geheel deduceerbare “sprong” moet worden gemaakt om het ‘gat’ tussen algemene kennis en bijzondere patiëntcontext te overbruggen.

Goudsmit verbindt dit inzicht mooi met de praktijk van communicatietrainingen voor artsen-in-opleiding. Met wat pech zijn die sterk mechanistisch van aard: er is een ‘vast’ model voor ‘effectieve communicatie’ en de ‘student’ moet allerlei voorgecategoriseerde stappen zetten en vaardigheden demonstreren. Zo kan zelfs empathie tot kunstje worden versimpeld en gedegradeerd. Dat vinkt lekker af, maar negeert de complexiteit en daarmee onzekerheid in elk arts-patiënt-contact en de daarvoor benodigde meta-competenties van improvisatievermogen en praktische wijsheid. God beware dat iemand in opleiding probeert om speels, buiten de voorgegeven middelen en patronen om, op een alternatieve wijze recht te doen aan de patiënt, de klacht, de kennelijke hulpvraag, de situatie en de interactie. Een sterk punt van dit boek is dat zijn theoretisch kader Goudsmit in staat stelt om deze miskenning van relationele complexiteit naadloos in verband te brengen met de “reïficatie” van ziektes, stoornissen en verbanden die in de geneeskunde voortdurend op de loer ligt: bruikbare concepten en patronen als vast gegeven of causale relatie opvatten, nodeloos ‘objectiveren’. Vaak, maar lang niet alleen, haalt hij daarbij voorbeelden uit zijn specifieke interesse en expertise inzake de interactie tussen somatiek en psychologie.

Goudsmit laat gelukkig zien dat realisme en nominalisme beide op hun eigen manieren aan wenselijke sensitiviteit voor complexiteit voorbij kunnen gaan: bij realisme kan de patiënt en de context achter de ziekte verdwijnen en bij nominalisme kan de methode of het protocol de overhand krijgen boven de wispelturige realiteit. Ook zijn scherpe hoofdstuk over het belang en de valkuilen van “de hulpvraag” van de patiënt, toont dat zowel realistische reïficatie als nominalistische subjectivering van die hulpvraag altijd op de loer liggen. In een ander hoofdstuk laat hij ook zien dat oog voor context en complexiteit de sleutel vormt tot het herwaarderen en preciezer lokaliseren van de rol van ‘irrationele’ aspecten als intuïtie en emoties binnen de geneeskunde. De voor een behandeling relevante ‘feiten’ hoeven niet per se objectief in de werkelijkheid vast te liggen of door een universeel betrouwbare methode te worden vastgesteld, maar kunnen idealiter in goede communicatie tussen arts en patiënt worden vastgesteld als uitgangspunt voor een behandeling.

De moraal van dit complexe theoretische, maar uitbundig van praktische stof voorziene verhaal, vinden we in het voorwoord. De arts die oog heeft voor de volledige authentieke

complexiteit van de geneeskunde moet altijd bescheiden blijven, want complexiteit genereert altijd onzekerheid. En de huisartsgeneeskunde kan het best starten vanuit de erkenning van alles wat die huisarts allemaal niet weet en niet makkelijk te weten kan komen over de klachten van de patiënt-in-context. Dat is in de kern eigenlijk ook wat het vak zo mooi maakt: elk patiëntcontact is een gezamenlijke ontdekkingsreis, waarin voor de arts de repertoires van complexiteitsreductie en complexiteitsomarming even noodzakelijk kunnen blijken. In andere termen is de strekking van dit boek dat een (huis)arts altijd goed moet kunnen schakelen tussen gewenste repertoires: tussen 'snel' en 'langzaam' denken, realisme en nominalisme, context en kennisbasis, methodiek en improvisatie.

Goudsmit's theorie zou ook bijzonder bruikbaar kunnen zijn in het kader van de huidige ontwikkelingen in het basiscurriculum geneeskunde. De onderwijskundige Heilige Graal van de 'constructive alignment' wordt daar gebruikt om kennis en vaardigheden stapsgewijs met 'opklimmende complexiteit' aan te leren, als ging het er om blokje voor blokje een LEGO bouwwerk naar gegeven model in elkaar te zetten. Waar dit model voor 'mechanistische' kennis en vaardigheden heel geschikt kan zijn, schiet het tekort voor het authentiek aanvliegen van 'echte' complexiteit. Die kun je namelijk niet 'opbouwen' uit een reeks van losse 'vaste' elementen, kennis en vaardigheden. Volgens ondergetekende is het veel zinniger om studenten eerst complexe vragen over bijvoorbeeld 'gezondheid', 'biopsychosociaal', 'klachten', 'verantwoordelijkheid van de arts', 'relevante kennis' of '(ethische) dilemma's' te laten proeven en op waarde schatten, te laten 'zien' en zo mogelijk ervaren, en pas daarna relevante kennis en vaardigheden aan te reiken om zulke complexiteit en de bijbehorende handelingsopties goed in kaart te brengen

Dit is dus een knap, hecht, leerzaam en bruikbaar boek, voor wie wat theoretisch denken en formuleren niet schuwt om een praktijk goed te doorgronden. Alles kan anders, meer en beter worden uitgewerkt, maar vanuit het start- en eindpunt van zijn boek schieten drie beperkingen in het oog. De eerste is dat Goudsmit wel wat explicieter, vaker en systematischer gebruik had mogen maken van de terminologie van variatie en diversiteit. Die twee begrippen ontbreken veelzeggend genoeg in zijn glossarium. Hij had de systeemtheorie, die hij hier grotendeels niet op biologisch gebied inzet, explicieter mogen verbinden met de evolutietheorie om te laten zien dat artsen, ook puur biomedisch, altijd op complexiteit genererende variatie beducht moeten zijn. En om recht te doen aan de sociale, psychologische en biopsychosociale aspecten van patiënten en de geneeskunde, is inmiddels het begrip (patiënt)diversiteit gangbaar om relevante variatie aan te duiden. Wie het belang van context benadrukt en uitdiept, had allerlei diversiteitspatronen wel meer in beeld mogen brengen.

Een soortgelijke onderbelichte implicatie van het streven om recht te doen aan complexiteit, is dat het 'discours' van problemen oplossen en interventies uitvoeren voor een arts en zeker een huisarts vaak misplaatst is. Naast (gezondheids)problemen die potentieel oplosbaar zijn, zijn er problemen waar we mee zullen moeten proberen te leven. Voor je het weet is die tweede categorie via reïficatie van persoonlijkheidstrekken en coping stijlen alweer getransformeerd tot voer voor methodische communicatieve interventies van de arts. Goudsmit had hier mogen uitwerken, dat in dit discours impliciet toch weer van een objectiverend subject-

object model sprake is, in tegenstelling tot de beoogde en gedeclameerde interactieve subject-subject-in-context relatie.

Een derde opmerkelijke beperking van dit boek is dat Goudsmit het begrip *phronèsis*, praktisch oordeelsvermogen, niet een veel centralere plaats heeft gegeven. In zijn bronnenlijst ontbreekt ten onrechte het prachtige boek *How doctors think* van Kathryn Montgomery (2006). Dit had hem in staat gesteld te laten zien dat het voor artsen en in hun opleiding centrale begrip 'klinisch redeneren' precies die structuur van praktisch oordeelsvermogen impliceert, inclusief de door Goudsmit benadrukte "sprong". In het verlengde daarvan verzuimt hij ook om te laten zien dat, in aansluiting op het filosofisch- hermeneutische werk van de door hem aangehaalde Gadamer, het begrip praktisch oordeelsvermogen is verbonden met het grondprincipe van de dialoog, een begrip dat merkwaardigerwijze ook ontbreekt in zijn glossarium: praktisch oordeelsvermogen is altijd een kwestie van interpretatie en de 'toetsing' van interpretaties behoort de vorm van een dialoog te hebben. In een dialoog hebben alle partners vanuit hun eigen context een eigen inbreng en wordt gezocht naar overeenstemming in interpretatie, op basis van het uitgangspunt dat de ander ook altijd een vorm van gelijk heeft. Dit dialogische model van 'horizonversmelting' in een interpretatief heen-en -weer proces is karakteristiek voor de complexiteit van de arts-patiënt-relatie.

Dit laatste punt is niet meer of minder dan het expliciteren van wat een arts met oog voor context en complexiteit volgens Goudsmit altijd moet beseffen en praktiseren: de arts-patiënt-relatie is een continue wederzijdse leerrelatie, waarin een arts interactief zoekend en tastend moet kunnen schakelen en doorschakelen naar het hier en nu passende kennis-, competentie-, communicatie- en handelingsrepertoire.