

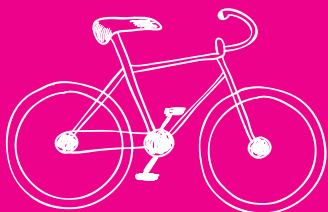
Bram Bakker

Blijf beter!

**Scherp,
verstandig en
praktisch.
Lezen!**

BEN TICHELAAR

**Recepten voor betere zorg
en meer gezondheid**



Blijf
beter!

Uitgeverij Lucht bv, Hilversum

www.brambakker.com

www.uitgeverijlucht.nl

www.sitagre.nl

Herziene, vierde druk september 2017

© 2017 Bram Bakker/Uitgeverij Lucht bv

Ontwerp omslag en binnenwerk

Hermen Grasman Ontwerp

Foto auteur: Maarten Corbijn

ISBN 978 94 91729 959

Dit boek is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Noch de auteur, noch de uitgever stelt zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolledigheden in deze uitgave, alsmede voor onjuist gebruik of navolging van gegevens en/of adviezen in deze uitgave.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag 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.

Bram Bakker

Blijf beter!

**Recepten voor betere zorg
en meer gezondheid**



UITGEVERIJ LUCHT BV, HILVERSUM

INHOUD

Voorwoord Joop Alberda	9
Inleiding	13
Deel 1 Kwesties	
Ziek	17
Gezond	21
Lichamelijk	25
Voorkomen is beter dan genezen	29
Ondernemen in de zorg	34
Arbeidsgerelateerd verzuim	39
Nederland preventieland	44
Deel 2 Ziektebeelden	
Psychisch	49
Psychisch verzuim	53
Leren doseren	56
Gestoord eten	60
Stress	65

Deel 3 Dokters

Diagnose	73
Behandeling	77
Beeldvormend onderzoek	82
Evidence based medicine	88
Psychologisch onderzoek	96
Medicijnen	100

Deel 4 Patiënten

Efficiency	106
Ademhaling	110
Bewegen als medicijn	116
Train je brein	122
Sociale media	128
APK voor lichaam en geest	134
Slaap	137
Goede voornemens	142
Verantwoording	146
Woord van dank	147
Verder lezen	149

VOORWOORD

Dit boek geeft energie

Mensen uit de topsport worden vaak gevraagd om hun verhaal te doen in het bedrijfsleven. Dat is niet verwonderlijk, omdat ze heel erg goed zijn in hun specifieke discipline. En dat wil ieder bedrijf natuurlijk ook graag zijn.

Diep vanbinnen voelen we ons stiekem ook vaak topsporters.

Als voormalig trainer-coach en later sportbestuurder met specifieke aandacht voor de topsport heb ik in de loop der jaren steeds meer inzicht gekregen in waar het niet alleen in de topsport, maar eigenlijk in ieders leven om zou moeten draaien.

Het is interessant om te zien dat een gezondheidszorg-professional als Bram Bakker, die een heel ander vertrekpunt heeft, daar vergelijkbare ideeën over heeft. En daarom geloof ik dat zowel de (top)sporter als de 'gewone' Nederlander uit dit boek veel stof om over na te denken kunnen halen.

Wat mij betreft is de belangrijkste boodschap dat we toe moeten naar een integrale benadering van de mens, een trend die in de topsport al gaande is. Men spreekt over de 'totale atleet', waarbij geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen fysiek en mentaal. Wat daarbij past is dat iemand

die zich bewust is van zijn ambities, en die een focus wil leggen op de successen die daarbij behaald kunnen worden, zelf verantwoordelijk is voor zijn gedrag. Een topsporter is altijd bezig met zijn verbeterpunten. Daar zou iedereen een voorbeeld aan moeten nemen: investeren in vooruitgang. Als je aan de andere kant kiest voor 'ongezond' gedrag zal je de mogelijke consequenties daarvan ook moeten aanvaarden. Dat betekent bijvoorbeeld dat je moet nadenken over de impact van voeding op zowel je training als je herstel na een topprestatie. En ook dat geldt voor iedereen, niet enkel voor topsporters.

Een ander cruciaal punt is dat we anders moeten gaan kijken naar onze eigen toekomst: hoe gaan we zorgen dat de kans op een lang en gezond leven maximaal is? Hoe zorgen we dat we energiek blijven, ongeacht onze leeftijd? Nog steeds werken mensen toe naar hun pensioen, alsof dat een eindstreep zou zijn. Dit is een weinig creatieve benadering van een levensfase waarin veranderingen in het energiesysteem van belang zijn – maar in welke leeftijdsfase speelt dat nu niet? De meeste mensen hebben tegenwoordig gelukkig nog heel veel jaren te leven na hun pensionering, en er is geen enkele reden om te veronderstellen dat dit geen kwaliteitsvolle jaren zouden kunnen zijn. Hoe om te gaan met een lichaam dat ouder wordt is een uitdaging voor ons allen.

Dat we daarbij veel meer moeten kijken naar het geheel in plaats van de onderlinge delen, zoals nu vaak gebeurt, staat voor mij als een paal boven water. En niet enkel in de topsport of de gezondheidszorg, maar bijvoorbeeld ook in de economie.

We leven in een tijd waarin we ons bewust moeten zijn van de beperkte voorraden energie die we hebben, op alle niveaus. Door daar om te beginnen als individu aandacht aan te besteden komen we ook samen verder.

Het is mijn overtuiging dat dit boek een bijdrage kan leveren aan het denken daarover; ik hoop dan ook dat het u zal inspireren.

Joop Alberda

Joop Alberda (1951) won in 1996 goud met het nationale herenvolleybalteam op de Olympische Spelen van Atlanta. Hij was vele jaren technisch directeur bij noc*nsf. In deze periode was Nederland succesvoller dan ooit op de Olympische Spelen van 2000 in Sydney. Daarna werkte hij op zeer uiteenlopende plekken als topsportmanager, onder meer bij het Russisch Nationaal voetbalelftal met Guus Hiddink, een professionele wielploeg, de Koninklijke Nederlandsche Roeibond (KNRB), de Koninklijke Nederlandse Atletiekunie (KNAU) en de Koninklijke Nederlandse Zwembond (KNZB)

Inleiding

Vijfendertig jaar geleden begon ik aan de studie geneeskunde met niets dan goede voornemens. Ik ging mensen helpen aan een oplossing voor hun gezondheidsproblemen. Veel traditioneler en romantischer kan het bijna niet. Op zichzelf is daar niets op tegen, maar in de decennia die sindsdien zijn verstreken ben ik er door schade en schande achter gekomen dat het hier toch over een ietwat naïeve kijk op het beroep arts ging. De dokter wil voor genezing zorgen, maar wil de patiënt dat ook? Wil de patiënt de offers brengen die nodig zijn om te herstellen van een ziekte? Of sterker nog: zijn patiënten eigenlijk bereid om serieus aan het behoud van hun gezondheid te werken, om daarmee zo veel mogelijk ziekten te voorkomen?

Iedere arts maakt het overlijden van patiënten mee. En geen enkele arts zal betwisten dat een aanzienlijk deel van deze patiënten nog had kunnen leven als ze andere keuzes hadden gemaakt. Niet stoppen met drinken bijvoorbeeld, terwijl je lever al niet meer optimaal functioneert. Door te blijven roken terwijl je er last van hebt, waardoor je het risico op longkanker aanzienlijk verhoogt. En dit zijn nog heel expliciete voorbeelden. Wat bijvoorbeeld te denken

van de effecten van slecht eten en weinig bewegen op de gezondheid? En de combinatie hiervan met stress, veroorzaakt door een steeds grotere belasting van onszelf? In de laatste decennia is het aandeel van onze leefwijze in het ontstaan van gezondheidsproblemen enorm toegenomen. Dat verklaart ook voor een belangrijk deel waarom de kosten van de gezondheidszorg steeds verder oplopen.

Als medisch specialist, of je nu psychiater, internist of chirurg bent, zie je de kwalijke gevolgen van een ongezonde leefwijze in vele gedaanten terug. Een onderscheid tussen lichamelijke en psychische aandoeningen is daarbij nauwelijks relevant. De behandeling van veel ziekten is specialistisch werk, maar bij het ontstaan van de meeste kwalen zijn de overeenkomstige factoren groter en gewichtiger dan de verschillen. En juist in de rol van medisch specialist heb ik me vaak gefrustreerd gevoeld dat ik aan het einde van de zorgketen werkte. Bij veel patiënten was direct bij het eerste consult al duidelijk dat ze nooit meer volledig zouden kunnen herstellen, terwijl je dat als arts natuurlijk wel als doel hebt. En dat het niet optimaal herstellen vaak te maken had met onvoldoende vermogen bij de patiënt om gezonde keuzes te maken, maakte het enkel frustrerender.

In een tijd waarin de financiering van de gezondheidszorg een doorlopend onderwerp op de politieke agenda is, rest weinig anders dan de aloude conclusie dat voorkomen beter is dan genezen. Dat is gemakkelijk gezegd, maar veel moeilijker gedaan. Met dit boek wil ik een bijdrage leveren aan de noodzakelijke discussie rond de toekomst van onze gezondheid en de zorg die we daaraan besteden. Waarbij mogen we hulp verwachten en wat is onze eigen verantwoordelijkheid? Hoe houden we de noodzakelijke zorg toegankelijk en dus betaalbaar voor iedereen, en wie moet

zijn rekening op een bepaald moment zelf maar eens gaan betalen? Niet iedereen zal het met alles in dit boek eens zijn, en dat hoeft ook niet. Als het aanzet tot denken, en liever nog discussie, is mijn doel bereikt. Want alleen dan kunnen gewenste veranderingen plaatsvinden. Met louter reactieve politiek komen we er niet.

Als je het over preventie in de gezondheidszorg hebt en wat mensen zelf kunnen doen om te voorkomen dat ze ziek worden, loop je het gevaar de indruk te wekken dat mensen die bijvoorbeeld kanker of een ernstige depressie krijgen dit aan zichzelf te wijten zouden hebben. Dat is absoluut niet mijn bedoeling. Veel mensen worden getroffen door ziekten, zonder daar zelf iets aan te kunnen doen. En daarom draag ik dit boek op aan Gerrit Joustra en Paul Averstee, mijn sportieve en gezond levende vrienden, die toch zomaar slachtoffer werden van een ongeneeselijke ziekte. Veel onrechtvaardiger dan in hun geval kan ik me nauwelijks voorstellen.

Bram Bakker, september 2017

Deel 1

KWESTIES

Ziek

Als we niet uitkijken behoor je straks tot een kleine minderheid als je door de dokter als 'gezond' wordt getypeerd.

Er zijn weinig termen die zo willekeurig worden gebruikt als 'ziek'. Je kunt het zo gek niet verzinnen of mensen plakken er het woordje 'ziek' voor. Een zieke geest, een zieke samenleving, de economie die ziek is en zo kunnen we nog wel even doorgaan. Ondertussen weten steeds meer mensen niet meer precies wat er onder 'ziek' verstaan wordt, of hanteren ze een persoonlijke definitie die nogal eens afwijkt van meer gangbare opvattingen.

Het begrip 'ziekte' staat voor iets abnormaals, een toestand die afwijkt van de normaliteit. Maar wat is normaal? Dat je geen enkele klacht hebt over je gezondheid? Dit geldt voor maar heel weinig mensen. En we hebben allemaal weleens hoofdpijn, zonder dat je daarmee direct van een ziekte kunt spreken.

Nog ingewikkelder wordt het als je bedenkt dat heel veel ziekten reeds lang in het lichaam aanwezig zijn voordat ze klachten veroorzaken. Voor veel vormen van kanker geldt dat ze pas laat worden ontdekt, omdat het gezwel heeft kunnen groeien zonder dat het met klachten gepaard ging.

En dan ligt er nog de theoretische, maar wel relevante vraag welk percentage van de bevolking je ziek kunt noemen. In de wetenschap wordt meestal gewerkt met een percentage van vijf. Bij een mooie gelijke verdeling rond een bepaald gemiddelde (een Gausscurve wordt dit genoemd) worden dan de mensen met de laagste en de hoogste waarden abnormaal genoemd. 2,5% aan de benedenkant en 2,5% aan de bovenkant. Dit is nog wel herkenbaar als je kijkt naar bijvoorbeeld het functioneren van de schildklier. Een klein deel van de mensen heeft een schildklier die te snel werkt (hyperthyreoïdie), een ander deel heeft een te traag werkende schildklier (hypothyreoïdie). Bij het overgrote deel van de mensen werkt de schildklier naar behoren. Maar als je afspreekt dat 5% van de mensen buiten de normale bandbreedte valt, kun je dan eigenlijk wel stellen dat 40% van de bevolking kampt met overgewicht? Het woord overgewicht suggereert dat het om een abnormaal gewicht gaat en voor veel mensen is de medische aanduiding obesitas synoniem met ziekte. Toch is het vreemd om 40% van de bevolking als ziek te typeren, zeker in een welvarend land als Nederland. In het geval van overgewicht is te overwegen om de normaalwaarden aan te passen en daarmee de grens tussen gezond en ziek te verschuiven.

Het is niet ondenkbaar dat dit in de toekomst staat te gebeuren. Het is overigens goed nog even te melden dat het aantal mensen met ondergewicht (bijvoorbeeld door anorexia nervosa) niet ingrijpend aan het veranderen is. Bij stemmingsstoornissen speelt hetzelfde en de definitie van normaal is daardoor ook nog eens veel ingewikkelder: er zijn steeds meer mensen die last hebben van een sombere stemming (de stemming is te laag), terwijl het aantal mensen dat onrealistisch goed gehumeurd is (manisch wordt dat

genoemd) niet enorm is toegenomen. Er zijn ook ziekten die zich niet op deze manier laten bepalen. Een gebroken been is niet onderhandelbaar. Een besmetting met een HIV-virus ook niet. En in veel Afrikaanse landen is veel meer dan 5% van de bevolking besmet.

In onze samenleving is nog altijd sprake van groeiende medicalisering. Gezondheidsklachten worden steeds vaker van een diagnostisch label voorzien. Dat suggereert een objectief aanwezige afwijking, terwijl dit lang niet altijd zo is. Wie weet de definitie van de muisarm, de vermoeidheidsziekte cvs of het instabiele bekken nog? Het zijn aandoeningen die over het hoogtepunt van hun populariteit heen zijn, waarmee duidelijk wordt dat ook hier de factor 'mode' een rol speelt. Sommige ziekten worden uitgevonden, in plaats van ontdekt. Er zijn sterke aanwijzingen dat sommige mummies in het oude Egypte zijn overleden aan tuberculose, zonder dat men in die tijd deze ziekte als zodanig kende. Er gingen eeuwen overheen voordat de bacterie werd ontdekt die deze longziekte veroorzaakt. Van veel ziekten weten we de precieze oorzaak (nog) niet. Als er een verband tussen verschillende ziekteverschijnselen (symptomen) wordt verondersteld, spreekt men van een syndroom. Zo werd er aanvankelijk gesproken over AIDS, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, en veranderde de benaming in HIV-infectie na de ontdekking van het virus dat verantwoordelijk was voor alle ziekteverschijnselen.

Voor veel diagnoses geldt dat bij het vaststellen ervan geen aandacht wordt besteed aan de oorzaken die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de kwaal. Bij de psychiatrische aandoeningen is dit vermoedelijk nog erger dan bij andere medische specialismen. Dat komt omdat men een diagnostisch systeem (DSM, *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders) hanteert dat geen enkele aandacht besteedt aan mogelijke oorzaken van een bepaalde stoornis. Als zo'n systeem af en toe ook nog eens wordt vervangen (de DSM is nu bij de vijfde editie) kan een ziekte met dezelfde naam ineens andere ziekteverschijnselen (symptomen) krijgen. In feite worden daarmee aandoeningen uitgevonden. De kans dat dé oorzaak van een stemmingsstoornis ooit ontdekt wordt is vrijwel nihil. Er is in ieder geval geen enkele aanwijzing dat bij alle mensen met een depressie een bepaalde infectie de verklaring zou kunnen zijn, of een specifieke genetische afwijking.

Wat mogelijk nog verontrustender is, is de tendens om steeds meer gebeurtenissen die het leven kleuren als ziekte te beschouwen. Met andere woorden: men verzint steeds meer ziekten. Een uitgesproken voorbeeld hiervan is rouw. Er wordt doorlopend gediscussieerd wanneer je mag spreken van pathologische rouw, zonder dat er dan nog veel aandacht is voor het gegeven dat rouw een onvervreemdbaar deel is van het leven. Hetzelfde gebeurt met onze energie. Te weinig? Burn-out! En bij ons seksleven.

De principiële vraag die overblijft is natuurlijk wat het ons oplevert om overal ziekte labels op te plakken. Het antwoord op die vraag is nog niet zo eenvoudig, maar er nog eens even bij stilstaan kan al veel nuttige relativering opleveren. Het is in ieder geval een kwalijke ontwikkeling dat het aantal mensen dat voldoet aan de criteria van een bepaalde medische diagnose steeds verder toeneemt. Als we niet uitkijken behoor je straks tot een kleine minderheid als je door de dokter als 'gezond' wordt getypeerd. En pas op voor onderschatting: van de Amerikaanse adolescenten heeft meer dan tachtig procent ten minste één stoornis uit de nieuwste editie van de DSM. En dan hebben we het enkel nog over psychische stoornissen.

Gezond

Wat ongezond is weten de meeste mensen prima, maar wat gezond is?

Er was een tijd dat men 'gezond' definieerde als de afwezigheid van ziekte. Maar inmiddels weet iedereen dat het ingewikkelder ligt. Een eenduidige definitie van 'ziek' is al nauwelijks te bedenken en 'gezond' is zo mogelijk nog lastiger te omschrijven op een manier waarin iedereen zich kan vinden.

Er zijn nog maar weinig mensen die bestrijden dat roken ongezond is en hoewel het eten bij een fastfoodrestaurant populair is, weten de meeste bezoekers heus wel dat dit niet aan hun gezondheid bijdraagt. En zo zijn er in onze moderne wereld heel veel leefgewoonten die niet gezond zijn, maar die toch veel voorkomen. Veel mensen wonen op een plek waar uitlaatgassen en herrie een serieuze bedreiging voor de gezondheid vormen, maar toch is er wereldwijd een neiging waarneembaar om steeds meer in grote steden te gaan wonen.

In zijn onvolprezen en onverminderd actuele boek *Gezond* citeert Ivan Wolffers onderzoek dat suggereert dat we gemiddeld vier jaar ouder zouden worden met een gezonde leefwijze. Maar terwijl de meeste mensen wel graag vier

jaar langer willen leven zie je de meerderheid níét doen wat daarvoor nodig is. We gaan stug door met roken en drinken, we nuttigen veel meer dan we nodig hebben en de kwaliteit van ons eten is dikwijls ondermaats. De noodzakelijke lichaamsbeweging, die we enkele decennia geleden nog vanzelf kregen, blijft bij velen achterwege. En wat erger is: bekende mensen als Midas Dekkers en Dick Swaab trekken de noodzaak van voldoende lichaamsbeweging ten onrechte in twijfel, waardoor veel mensen 's avonds nog slechts van de bank komen om een nieuwe consumptie uit de koelkast te pakken. En zo kunnen we nog wel even doorgaan.

Weliswaar kwam de leeftijd waarop we overlijden steeds hoger te liggen, terwijl we juist steeds minder aan lichaamsbeweging gingen doen, maar een oorzakelijk verband, zoals door veel sporthaters wordt beweerd, is er niet.

De kern van het probleem wordt waarschijnlijk gevormd door een verstoorde balans tussen inspanning en ontspanning. We zijn slordiger gaan eten en minder gaan bewegen, omdat andere activiteiten prioriteit krijgen. Zoals hard werken, waar op zichzelf niets op tegen is, maar dat wel een vrij eenzijdige bezigheid kan zijn. In ieder geval knapt het lichaam niet op van een dag achter de computer. Als je dan aan het einde van zo'n werkdag ook nog allerlei verplichtingen hebt die misschien wel leuk zijn, maar ook vermoeiend, is het niet verbazingwekkend dat op een gegeven moment de reserves uitgeput zijn. En zo ontstaan diagnoses als chronisch vermoeid, burn-out en overspannen.

Als je gezond wilt leven en ziekte wilt voorkomen, zal je ook moeten investeren in voldoende ontspanning. Dat kan op heel veel manieren, waarbij de grootste gemeenschappelijke deler is dat het stresssysteem zich kan herstellen. Of je nu een ademhalingsoefening doet, mediteert, hardloopt of

zorgt voor een goede nachtrust, het draagt allemaal bij aan een gezonde balans tussen arbeid en rust. En het is een vrij betrouwbare regel dat de kans op ziekte kleiner wordt naarmate je gezonder leeft. Wat dat betreft zou het steeds maar stijgende aantal mensen dat last heeft van een ziekte die wordt veroorzaakt door hun leefwijze ons toch te denken moeten geven. Helaas zitten we nog op het punt dat de meeste mensen declarabele zorg eisen om hun aandoeningen te beteugelen, zonder dat ze de verantwoordelijkheid nemen om gezond te leven. Dat zal er mee te maken hebben dat de meesten al niet meer weten wat 'gezond' inhoudt.

Sinds een aantal jaren zijn er bedrijven die de mogelijkheid bieden om een scan van je hele lichaam te laten maken, om uit te sluiten dat je iets onder de leden hebt. Een vriend van mij besloot zich ook eens aan te melden voor zo'n *total body scan*. Tijdens zijn onderzoeksdag ontmoette hij een zenuwachtige man van een jaar of vijftig, met flink overgewicht, die hem vertelde dat hij zich wilde laten onderzoeken op darmkanker, omdat zijn beide ouders daaraan waren overleden. Dit leek mijn vriend een goede verklaring voor de nervositeit van deze man. Ieder vrij moment zag hij de man snel naar buiten lopen om een sigaret te roken. Aan het einde van de dag kregen ze beiden te horen dat er geen verontrustende afwijkingen op de scans waren aangetroffen. Voor mijn vriend, een verantwoord levende, uiterst vitale veertiger was dit niet echt een verrassing. De man met zorgen rond darmkanker reageerde vreselijk opgelucht op het goede nieuws. Mijn vriend kon zich niet bedwingen en vroeg de man of hij nu ook van plan was om anders te gaan leven, om te zorgen dat de kans op darmkanker minimaal zou blijven. De man reageerde verbaasd: 'Waarom zou ik, ik ben toch gezond?'

De meeste mensen zullen het ermee eens zijn dat 'gezond zijn' meer behelst dan de afwezigheid van ziekte. En daarmee zullen ze de twijfel delen of de zojuist genoemde man zichzelf wel als gezond mag betitelen. Zeker als je een leefwijze hebt ontwikkeld die grote risico's op ziek worden met zich meebrengt. En roken en overgewicht kun je beter vermijden als je bang bent voor darmkanker. Wat ongezond is weten de meeste mensen prima. Elke roker is zich tegenwoordig bewust van de gezondheidsrisico's die aan het roken kleven. Toch blijven veel te veel mensen roken. Hetzelfde geldt voor te veel en te vet eten. Ook al heb je de kennis paraat over wat gezond is, of je daar iets aan hebt valt en staat met het bijbehorende gedrag.

Lichamelijk

Een van de meest ondergewaardeerde voorspellers van het ziekteverloop is de manier waarop iemand omgaat met de diagnose.

Stel: je krijgt van de dokter te horen dat er sprake is van een kwaadaardig gezwel in je darmen. Er wordt dan uitgebreid onderzoek gedaan naar het precieze type van de tumor, de omvang en ook de eventuele uitzaaiingen. Dit noemt men stagering. Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek wordt een behandelplan opgesteld met verschillende mogelijke stappen: operatie, chemotherapie en bestraling.

Er is heel veel kennis over kanker en de specialisten op dit terrein, de oncologen, kunnen vrijwel iedere patiënt vertellen hoeveel van de mensen met hun specifieke vorm van kanker vijf jaar later nog in leven zijn. Het maakt dan bijvoorbeeld veel uit of er wel of geen uitzaaiingen zijn. Stel nu dat iemand met een bepaalde vorm van darmkanker te horen krijgt dat er na vijf jaar nog veertig procent van de mensen die hieraan lijden in leven is, betekent dat dan ook dat deze man of vrouw veertig procent kans heeft om te overleven? Je voelt al aankomen dat het antwoord op deze vraag ontkennend is. Groepsgemiddelden zeggen niets over het individu. En de verwachting is ook dat de behandeling van kanker de

komende jaren meer en meer individueel maatwerk zal worden. Je kunt afspraken maken over de criteria om mensen in een bepaalde groep in te delen, maar dat maakt ze nog niet tot identieke individuen. Zo doen niet alle mensen die 30.000 euro verdienen hetzelfde werk.

Een van de meest ondergewaardeerde voorspellers van het ziekteverloop is de manier waarop iemand omgaat met de diagnose. De uitersten variëren van totale ontkenning, zoals stug doorgaan met roken terwijl je net te horen hebt gekregen dat je longkanker hebt, tot het geheel vormgeven van je leven op geleide van de diagnose. Dat laatste klinkt verstandig, maar meestal is de realiteit anders.

Al lang geleden publiceerde de Amerikaanse professor David Spiegel een studie waarin hij liet zien dat voldoende sociale steun een positieve invloed heeft op de levensverwachting van vrouwen met borstkanker. De belangrijkste bevinding: regelmatig met lotgenoten praten betekende langer leven. Over het exacte werkingsmechanisme bestaan nog altijd vragen, maar het laat onverlet dat iedereen met een ernstige ziekte er goed aan doet om in gesprek te gaan over de psychologische implicaties van een ernstige kwaal. Dat een ziekte primair wordt gekwalificeerd als lichamelijk, dat wil zeggen: niet als een psychische stoornis, is daarbij niet van belang.

Een treffend voorbeeld hiervan is dat de prognose van een alcoholverslaafde die bijeenkomsten bezoekt met lotgenoten, zoals de bekende aa-meetings, gemiddeld genomen beter is dan die van iemand die niet naar dergelijke bijeenkomsten gaat. Je kunt stellen dat verslaving een psychische aandoening is, maar in geval van een alcoholverslaving zijn de complicaties hoe dan ook lichamelijk, zoals een levercirrose of het syndroom van

Korsakov. Behalve dat het bezoeken van een zelfhulpgroep verstandig is, betekent het opvolgen van deze aanbeveling misschien zelfs dat je minder ziek bent.

In de moderne westerse geneeskunde is steeds meer consensus over de meest kansrijke behandeling van uiteenlopende aandoeningen. De behandelprotocollen van ernstige ziekten worden steeds verder geperfectioneerd en dat leidt tot betere uitkomsten. Dat de leefwijze die een patiënt er, onafhankelijk van die behandeling, op nahoudt van grote invloed is op de levensverwachting wordt inmiddels algemeen erkend. Maar veel medisch specialisten doen daar nog helemaal niets mee. Ik herinner me de verhalen van de schrijver Karel Glastra van Loon, die een kansloze strijd voerde tegen een gruwelijke hersentumor. Karel probeerde ook na de diagnose, die in zijn geval een doodvonnis betekende, alles te doen om zijn leven te rekken. Dat deed hij onder meer door bezoeken aan een zogenaamde ‘terreingeneeskundige’, die hem aanzette tot heel andere eetgewoonten. Als hij daar bij controles in het academische ziekenhuis enthousiast over vertelde werd er door de medisch specialisten wat meewarig op gereageerd: ‘Gezond eten is altijd goed.’

Dat verandering van leefwijze de lichamelijke gezondheid significant kan verbeteren verdient veel meer aandacht van de reguliere geneeskunde. Dat is lastig, omdat het niet goed in een protocol past. Het zou grote gezondheidswinst op kunnen leveren als aan de behandeling van kanker ook adviezen over een gezonde leefwijze worden toegevoegd. Zeer waarschijnlijk zal het opvolgen van die adviezen leiden tot een betere prognose. Zo weten we dat het eten van grapefruit invloed heeft op de bloedspiegels van chemotherapie. En voor rokers geldt dat hun metabolisatie

sneller verloopt, waardoor je medicijnen hoger zou moeten doseren. Het is feitelijk precies hetzelfde als in het voorbeeld over alcoholisme: als je de moeite neemt om er alles aan te doen wat binnen je eigen mogelijkheden ligt, zijn je vooruitzichten beter dan wanneer je met samengeknepen billen op de bank gaat zitten wachten.

Voorkomen is beter dan genezen

Hoewel duidelijk is dat op een aantal terreinen serieuze gezondheidswinst kan worden bereikt met een goed preventiebeleid, zijn er allerhande factoren in het spel die dit verhinderen.

Al heel vroeg in de opleiding tot arts krijg je te horen dat het voorkomen van een ziekte de voorkeur heeft boven de behandeling ervan. In veel gevallen is dat een open deur: je kunt beter niet van je fiets vallen, dan in een gladde bocht onderuit schuiven en je been breken. Het gebroken been moet worden hersteld, daar is geen twijfel over, maar een minder gladde bocht heeft de voorkeur. Al was het maar vanwege de kans op herhaling.

Het wordt al ingewikkelder als iemand op een rechte weg van zijn fiets valt, omdat hij stomdronken op weg is van het café naar huis. Hoe zou je dit moeten voorkomen? Zorgen dat een dronken man niet op zijn fiets stapt? Of als kroegbaas eerst checken hoe iemand straks naar huis wil gaan alvorens te besluiten wel of geen biertje meer te tappen? Voor het verdere leven van deze meneer is van cruciaal belang wat er gebeurt vanaf het moment dat hij op een brancard het ziekenhuis wordt binnengedragen. Opereert men alleen het been of wordt er ook gekeken of er sprake is van een serieus

alcoholprobleem? Was de man voor het eerst in jaren zo dronken dat hij van zijn fiets viel of gebeurt dit meerdere malen per maand, al jarenlang? In dat laatste geval is er sprake van een ernstige aandoening waarbij de kans op nieuwe botbreuken in de nabije toekomst zeer reëel is. En daarmee heb je een eerste goede reden om iemand aan te moedigen zijn drankconsumptie flink terug te schroeven. In dit scenario zou een succesvolle behandeling van het drankprobleem van deze man ertoe moeten leiden dat hij in de toekomst veel minder een beroep hoeft te doen op de gezondheidszorg: hij breekt geen botten meer, maar ook zijn lever gaat niet kapot door drank en hij krijgt ook niet het syndroom van Korsakov. Dat zijn serieuze besparingen in de hoge kosten die de lichamelijke complicaties van een verslaving met zich meebrengen.

Als je het nog iets breder bekijkt is er nog heel veel meer schade te voorkomen: het huwelijk van de man houdt stand, althans, het wordt niet verbroken door zijn vrouw vanwege het gezuip van haar echtgenoot; hij verliest niet zijn baan door drankgerelateerd ziekteverzuim of disfunctioneren en de contacten met zijn familie en vrienden blijven nu stabiel en prettig in plaats van problematisch doordat hij op ieder feestje straalbezopen is. Het vertrekpunt van deze casus is nog altijd een ‘harde’ diagnose: er is weinig discussie mogelijk over het al dan niet gebroken zijn van een been, als je op een röntgenfoto ziet dat er een duidelijke knik in een bot zit.

Toch kun je je gemakkelijk een vergelijkbaar voorbeeld als hierboven voorstellen, waarbij de diagnose ‘fractuur van het femur (dijbeen)’ wordt vervangen door ‘depressie, matig ernstig, recidiverend’. Ook depressie wordt algemeen als een ziekte beschouwd en ook hier vindt behandeling meestal pas plaats op het moment dat er schade is ontstaan. En ook

in dit scenario geldt: de kosten voor de behandeling van een depressie zijn veel hoger dan de maatregelen die je zou kunnen treffen om het ontstaan van zo'n stemmingsstoornis te voorkomen.

In uiteenlopende onderzoeken op verschillende terreinen van de gezondheidszorg is bij herhaling doorgerekend dat het rendeert om zieke mensen te behandelen. Het kost geld, maar onbehandeld laten is veel duurder. We weten uit dit type onderzoek ook al dat behandelingen beter werken naarmate ze eerder worden ingezet. In jargon heet het dan: vroegdiagnostiek loont. Vanuit deze gedachte vindt bijvoorbeeld het bevolkingsonderzoek naar borstkanker plaats. Als je nog een fase eerder gaat proberen bij te sturen ben je bij echte preventie beland. Daarbij probeer je de omstandigheden zodanig te beïnvloeden dat er uiteindelijk geen ziekte ontstaat. Op korte termijn kost dat inspanning en geld, op langere termijn levert het heel veel op: een flink toegenomen levenskwaliteit en enorme besparingen op zorgkosten.

Een goed voorbeeld van algemeen gewenst preventiebeleid is het verhogen van de leeftijdsgrens voor alcoholgebruik. Als je erin zou slagen alle alcoholgerelateerde problemen van 10- tot 18-jarigen te elimineren, bespaar je de jongeren in deze leeftijdscategorie (en hun ouders) veel ellende en de maatschappij veel geld. Niet alleen op het terrein van de gezondheidszorg overigens, want het aanrichten van vernielingen en andere vormen van overlast vinden vaak plaats door jongelui die onder invloed zijn. Dat het is gelukt om dit in gang te zetten heeft alles te maken met de keiharde cijfers over de schade die alcohol kan aanrichten. Zelfs de producenten van alcoholhoudende dranken konden die met goed fatsoen niet negeren. En aan de

alcoholconsumptie van volwassenen is nog altijd voldoende te verdienen, zal men er stiekem bij hebben gedacht.

Dat dit beleid nog niet wordt toegepast op het terrein van roken, terwijl daar natuurlijk precies hetzelfde voor zou moeten gelden, heeft vermoedelijk (en helaas) alles te maken met tegenstrijdige belangen. De overheid profiteert via de belastingen enorm van rokers, de kosten van longkanker zijn relatief laag en de tabaksindustrie heeft een heel erg groot belang bij jonge rokers. Immers, hoe jonger je ermee begint, hoe groter de kans dat je er nooit meer mee ophoudt. Iemand die na dertig jaar roken op 42-jarige leeftijd te horen krijgt een ongeneeslijke vorm van longkanker te hebben, heeft de sigarettenfabrikant en de schatkist heel veel geld bezorgd. Doordat de ziekte ongeneeslijk is, en dat is heel vaak met longkanker (omdat er pas relatief laat in het proces klachten ontstaan) kost ze weinig. En iemand die jong overlijdt aan zo'n soort aandoening gaat nooit aankloppen bij de zorgverzekeraar of overheid voor vergoeding van ouderdomskwalen, zoals een versleten heup die moet worden vervangen.

Het omgekeerde lijkt overigens ook voor te komen: er wordt veel screening gedaan, die discutabel is op grond van de wetenschappelijke literatuur. Hoewel het dan niet om zuivere preventie gaat, maar om het vroeg opsporen van bepaalde aandoeningen. Er wordt in veel landen gescreend op uiteenlopende vormen van kanker. In Nederland is men nu een screening op darmkanker aan het opstarten, waaraan mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar vrijwillig mogen deelnemen. Er wordt dan onderzocht of er bloed in de ontlasting zit en als dit het geval is volgt nader onderzoek. Of dit verstandig beleid is, is maar zeer de vraag. Hoeveel mensen hebben darmkanker zonder dat men bij een enkele

test bloed in de ontlasting vindt? Hoeveel mensen met bloed in hun ontlasting hebben bij nader onderzoek geen darmkanker maar iets onschuldigs als aambeien? En doen de mensen die het hoogste risico op darmkanker hebben wel mee aan dit vrijwillige onderzoek?

Duizenden mannen van vijftig jaar en ouder willen tegenwoordig laten checken of ze geen prostaatkanker hebben. Daartoe wordt massaal het gehalte PSA (Prostaat Specifiek Antigeen) in het bloed gemeten. Dit eiwit kan verhoogd in het bloed voorkomen bij mensen met prostaatkanker. Maar niet bij allemaal, en niet iedereen waarbij dit verhoogd is heeft prostaatkanker. Hoewel er dus gereede twijfel is of deze bepaling zinvol is, gebeurt het wel heel veel. Op de achtergrond van deze gewoonte spelen zakelijke belangen van partijen in de gezondheidszorg een grote rol. Wie hier meer over wil lezen wordt aanbevolen het werk van arts en ervaringsdeskundige Ivan Wolffers te lezen.

De conclusie met betrekking tot de introductie van meer preventiebeleid is dan ook pijnlijk: hoewel duidelijk is dat op een aantal terreinen serieuze gezondheidswinst kan worden bereikt met een goed preventiebeleid, zijn er allerhande factoren in het spel die dit verhinderen. Met name politieke en zakelijke, die vaak ook nog eens nauw verweven zijn. Denk maar aan de tabakslobby, waartegen door de dappere longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker stevig actie wordt gevoerd.

Ondernemen in de zorg

Ongelijkwaardigheid tussen de medicus en de zieke zie je in het contact tussen beiden in allerlei subtiele gedaanten terug.

Vooralsnog is het niet zo'n gelukkig huwelijk, tussen de zakenmannen en de dokters. Steeds vaker hoor je over ondernemers die investeren in privéklinieken of die zelfs hele ziekenhuizen kopen. Dit heeft alles te maken met hun besef dat er geld verdiend kan worden in de gezondheidszorg. Dat is ongetwijfeld waar, maar er zijn maar weinig ondernemers die niet uit de zorg komen en toch succesvol weten te zijn, zowel zakelijk als ten opzichte van patiënten. Een harmonieuze samenwerking tussen ondernemers en professionals zou niet alleen de zieke mensen goede komen, maar ook de minister van volksgezondheid en de zorgverzekeraars. Dat vraagt om te beginnen om een mentaliteitsverandering van de (para) medici; een niet te onderschatten traject.

Op de vraag waar het enorme succes van de internetwinkel Bol.com aan te danken was, gaf de hoogste baas de betrekkelijk simpele verklaring: 'Wij stellen de klant centraal.' Voor de meeste mensen met een bedrijfskundige of marketing & sales-opleiding zal dit antwoord weinig

verbazingwekkend klinken. De gemiddelde arts zal dit voorbeeld best begrijpen, maar ondertussen houdt men er een compleet andere opvatting op na: bij artsen heet de klant (of cliënt) dan ook patiënt, hetgeen ‘hij die wacht’ betekent (denk aan *patience*). Hoewel het vermoedelijk ontkend zal worden op het moment dat je medici ermee confronteert, kun je stellen dat de gezondheidszorg niet om de patiënt draait, maar om de arts. De patiënt vraagt iets aan de dokter. Hij heeft een probleem, dat men hoopt op te lossen middels de deskundigheid van de arts. Dokters vertrouwen er in het algemeen blind op dat er altijd patiënten zullen zijn, dat een overvolle wachtkamer hun praktijk niet schaadt en dat een wachtlijst niets meer of minder betekent dan ‘jammer maar helaas’ voor de patiënt.

In uiteenlopende aspecten van hun ontmoeting is waarneembaar dat er sprake is van ongelijkwaardigheid tussen de arts en zijn patiënt. De dokter bepaalt de gang van zaken tijdens het consult. Hij kiest hoeveel tijd eraan wordt besteed en wat de vervolgstappen na het gesprek zijn. Hoewel er wel een toename is in de hoeveelheid tegenspraak van de patiënt die wordt getolereerd, gaat het in de meeste gevallen nog altijd om marginale invloed van de zieke op het beleid dat betrekking heeft op zijn eigen lichaam. Mijn vriend Paul, aan wie dit boek is opgedragen, werd geopereerd in verband met een uitgezaaid melanoom en kreeg na de operatie te horen dat men niets meer voor hem kon doen. Geen chemotherapie, geen nabestraling, niks. Het zou volgens de deskundigen allemaal niets veranderen aan zijn overlevingskansen. Afwachten. Voor nu had men de klieren met waarneembare uitzaaiingen allemaal verwijderd. Een sterk gevoel van onmacht was het gevolg bij deze patiënt, die een grote behoefte had er alles aan te doen het monster

uit zijn lijf te verjagen. Enkele maanden later zat de kanker in zijn hele lichaam. Zijn ziekteverloop valt geen medicus te verwijten, maar als je de kankerpatiënt zou willen behandelen als een cliënt zou het er in de begeleiding echt heel anders aan toe moeten gaan. De fundamentele vraag is of die behoefte er bij beide partijen wel echt is.

De ongelijkwaardigheid tussen de medicus en de zieke zie je in allerlei subtiele gedaanten terug in het contact tussen beiden. Het begint al met de vaak letterlijk verticale communicatie tussen de medicus en de zieke: de arts staat boven het bed van zijn patiënt, kijkt op hem neer en praat over hem heen met collega's die ook bij het bed staan (een dokter die op een stoel naast het ziekbed gaat zitten heeft heel andere gesprekken, maar wellicht ook wel doordat het een ander type arts is).

Het is te hopen dat men in de nabije toekomst gedwongen zal worden tot een andere benadering van patiënten, domweg omdat het niet langer getolereerd wordt. Er zijn wat dit betreft hoopgevende ontwikkelingen: het recenseren van artsen of zorginstellingen wordt steeds algemener aanvaard en dit betekent ook dat het niet langer te negeren zal zijn. Een beetje kritische consument die kan kiezen tussen twee zorgaanbieders zal steeds vaker kiezen voor degene met de beste beoordelingen. Vermoedelijk zal de bejegening en de sfeer daarbij een grotere rol spelen dan een mogelijk prijsverschil, omdat voor de meeste mensen kwaliteit voorgaat op prijs als het de eigen gezondheid betreft. Nu er behalve meer transparantie en toegenomen concurrentie bij veel ziekenhuizen ook sprake is van een afname van het aantal patiënten (dat de economische crisis zo'n invloed kan uitoefenen op het ziektegedrag is een interessant verschijnsel) neemt zelfs voor gezondheidszorgprofessionals

de noodzaak toe om zich in te spannen voor voldoende werkzaamheden in het ziekenhuis of de eigen praktijk. En daarmee zal een verandering plaatsvinden in de bejegening van de mensen die de gezondheidszorg nodig hebben: ze worden minder patiënt en meer cliënt, ze zijn niet afhankelijk meer, maar ze hebben het veel meer voor het zeggen.

Vanuit dat perspectief is het ook vooruitgang als de rol van de zorgverzekeraars geleidelijk wat kleiner zou worden. Op het moment dat iemand een medische ingreep overweegt, die niet in het verzekeringspakket is opgenomen, gaat hij zich gedragen als een echte consument. En om de consument aan zich te binden zullen de (para)medici zich heel anders moeten gaan gedragen. Openingstijden van 9.00 tot 17.00 uur en alleen op werkdagen kan men zich niet meer veroorloven. Tegen een patiënt zeggen dat hij een bepaald geneesmiddel moet gebruiken, zonder aandacht te besteden aan het feit dat deze pillen heel prijzig zijn en voor eigen rekening komen, is er dan ook niet meer bij.

Als je de klant centraal wilt stellen, omdat het succes van bedrijven als Bol.com je inspireert, heb je als ondernemer in de gezondheidszorg nog een lange weg af te leggen. En tot die tijd zal de door sommige partijen zo vurig gewenste marktwerking in de zorg gedoemd zijn te mislukken. Ondertussen zullen ook zij die niets zien in die marktwerking het in grote meerderheid eens zijn met de droge constatering dat de bejegening van patiënten jaren achterloopt op de ontwikkelingen in andere vakgebieden. Of dat uiteindelijk ten gunste van marktwerking gaat komen of niet, de patiënt verdient het in de eenentwintigste eeuw om zo veel mogelijk als een gelijkwaardige te worden behandeld door de zorgverlener. Dat Bol.com rechtstreeks contact heeft met zijn klanten, terwijl er tussen arts en patiënt vaak nog

een verzekeringsmaatschappij staat, maakt de materie complex, maar is geen reden om veranderingen af te houden. ‘Wie betaalt, bepaalt’ en ook in de gezondheidszorg zijn het uiteindelijk de patiënten die de medici hun inkomen bezorgen.

Succesvol ondernemen in de zorg zal pas echt op grote schaal tot successen leiden als er in de medische opleidingen vanaf dag één wordt ingezet op een behandeling van iedere zieke als ware deze iemand die een winkel met dure spullen komt binnenlopen met een goed gevulde portemonnee.

Arbeidsgerelateerd verzuim

De eerste vraag die beantwoord zou moeten worden is welke functie het arbeidsverzuim heeft.

In 2009 werd de voormalige werkgever van een accountant die in de zomer van 1997 met burn-outklachten thuis was komen te zitten en daardoor een jaar later in de wao belandde, door het gerechtshof in Den Bosch schuldig bevonden aan de arbeidsongeschiktheid van de man. In de zomer van 2012 kwam met de betaling van 370.000 euro door de verzekeraar van de werkgever een einde aan deze opvallende rechtszaak, die was aangespannen door het Bureau Beroepsziekten FNV. De man had in de 25 jaar die hij zijn werkgever diende regelmatig werkweken van 60 uur of meer gedraaid. De werkgever had zo'n werkdruk niet zomaar mogen opleggen aan een werknemer, oordeelde het hof. Er zou een deugdelijk beleid moeten zijn om te voorkomen dat werknemers stelselmatig worden overbelast en dat ontbrak hier.

Hoewel het een niet-alledaagse zaak betreft is het wel exemplarisch voor de ingewikkelde relaties die er kunnen ontstaan tussen werkgevers en werknemers. Dat er daarbij over en weer rechten en plichten bestaan is niet meer dan logisch, maar de psychologische dynamiek die daarachter

verscholen gaat is vaak complex en speelt niet zelden een zeer belangrijke rol op het moment dat er problemen ontstaan tussen een baas en zijn werknemer. In een zaak als bovenstaande kun je je bijvoorbeeld afvragen wat het zegt over een werknemer dat hij een kwart eeuw lang structureel veel te veel werk doet voor dezelfde baas. Had de man niet beter voor zichzelf gezorgd als hij tijdig een andere baan had gezocht? Waren er geen mogelijkheden om deze jarenlange strijd te voorkomen? Lag het ook niet een beetje aan hemzelf?

Een van de grote problemen in dit soort zaken is dat je eigenlijk per definitie kunt stellen dat het nooit enkel en alleen aan het werk toegeschreven kan worden als iemand met een burn-out thuis komt te zitten. Er bestaan weliswaar zuivere beroepsziekten, zoals asbestlongen, maar in de meerderheid van de gevallen waarin iemand claimt door het werk ziek te zijn geworden is er sprake van complexe problematiek.

Zo zijn bijvoorbeeld de economische omstandigheden van grote invloed. Door de crisis is het aantal mensen dat verzuimt en ook de verzuimduur drastisch afgenomen. Dat heeft alles te maken met de angst die mensen hebben om hun baan kwijt te raken doordat ze te vaak ziek zijn. De schaduwzijde hiervan is dat het aantal mensen dat geen gezonde grenzen bewaakt in de hoeveelheid die ze werken, steeds groter wordt. Terwijl het verzuimpercentage daalt, neemt het aantal mensen dat met een burn-out uitvalt toe, laten recente cijfers zien.

Een ander voorbeeld van beïnvloeding van verzuim door externe omstandigheden zijn de zakelijke afspraken rond een ziekmelding. In een bedrijf waar de werknemers zelf de eerste twee dagen van hun ziekteverzuim moeten bekostigen, is zelden of nooit iemand een enkel dagje ziek. Maar het zou

heel goed kunnen dat het aantal mensen dat langdurig verzuimt bij zo'n werkgever daardoor veel hoger komt te liggen.

Ook de cultuur met betrekking tot arbeidsconflicten speelt een grote rol. In Nederland wordt het meestal geaccepteerd als er een ziekmelding van een werknemer volgt op een conflict met een leidinggevende. In landen waar dit veel minder geaccepteerd wordt gebeurt dit lang zo vaak niet. En terecht: de kans dat enkel een vervelende baas zou volstaan om ziek te worden maakt werknemers tot wel heel kwetsbare individuen.

Iemand die zich ziek meldt bij een werkgever belandt na korte of langere tijd bij een arbodienst, waar een arbeidsdeskundige of bedrijfsarts zo snel mogelijk in gesprek wil gaan met de werknemer om te kijken hoe en wanneer hij weer inzetbaar is. In de afgelopen jaren is dit steeds zakelijker geworden: arbeidsverzuim is zeer kostbaar en werkgevers hebben er veel voor over om dat tot een minimum te beperken. Mede daardoor is er een stevige concurrentie tussen de talloze arbodiensten ontstaan, waarbij de claims die ze op dit onderwerp overleggen zwaar wegen. En zo zie je het steeds vaker gebeuren dat de bedrijfsarts zich actief bemoeit met de behandeling van een zieke werknemer.

Toch is lang niet iedere werknemer die zich ziek meldt het beste af bij een dokter, die hem gaat behandelen. De eerste vraag die namelijk beantwoord zou moeten worden is welke *functie* het arbeidsverzuim heeft. Zijn er problemen thuis, zoals een ziek kind of een invalide partner en kan iemand daar domweg niet voldoende voor beschikbaar zijn door een volle werkweek? Maar ook te weinig uitdaging op het werk kan een rol spelen, een slechte relatie met een collega, of een tekort aan waardering. Kortom: pas op het moment

dat je hebt vastgesteld dat iemand daadwerkelijk ziek is zou je moeten zoeken naar een oplossing in het medische circuit. Daar gaat vervolgens heel vaak van alles mis, wat de periode van arbeidsverzuim onnodig verlengt. Allereerst moet men daarbij denken aan de buitensporige focus op diagnostische labels, waarbij een integrale visie ontbreekt. Zo kan iemand met bijvoorbeeld lage rugklachten een lange weg door de gezondheidszorg afleggen die veel tijd en geld kost, maar uiteindelijk niets oplevert omdat de klachten niet objectiveerbaar zijn. Pas als men dat concludeert wordt er nagedacht of er misschien sprake is van psychische problematiek. En dan volgt vaak verwijzing naar de ggz (de geestelijke gezondheidszorg), waar men na een wachtlijst van voren af aan begint.

In zo'n traject worden de professionals vaak bestookt met brieven van de bedrijfsarts, die wil weten of er al een diagnose is, wat de behandeling gaat worden en of de patiënt ermee kan werken. En als dat laatste nog niet het geval is, wanneer dan weer wel? Bij de beantwoording van deze vragen stuit de bedrijfsarts vaak op de richtlijnen van de medisch specialist, die stellen dat het beoordelen van de arbeidsgeschiktheid niet tot de expertise van een internist of psychiater behoort. Wat je daar ook van mag vinden, het bevordert in ieder geval niet het tempo waarmee iemand terugkeert naar zijn werkzaamheden.

Bij herhaling is in onderzoek aangetoond dat werk eerst en vooral iets is wat bijdraagt aan ons welbevinden. In ons werk kunnen we ons ontwikkelen en worden we als het goed is uitgedaagd. We hebben er contact met onze medemensen en het geeft een goed gevoel als je iets kunt bijdragen aan de samenleving. Dat alles leidt tot de conclusie dat de meerderheid der mensheid liever wel dan niet werkt. Het is

dan ook eigenaardig om te moeten constateren dat er zo snel strijd ontstaat op het moment dat iemand verzuimt. Met het vertrouwen in het achterhoofd dat ook een zieke werknemer het liefst weer aan de slag gaat zou je er in de meeste gevallen toch uit moeten komen?

Er zijn twee relatief simpele verbeterpunten in een verzuimtraject te noemen die nog onvoldoende in praktijk worden gebracht. Het eerste is om eerst een gesprek te organiseren tussen werkgever en ‘zieke’ werknemer om te komen tot een gezamenlijk plan van aanpak. Je zou bij zo’n gesprek zelfs een gespreksleider kunnen vragen die daarmee de rol van mediator op zich neemt. Wat nog veel lucratiever voor alle partijen zou zijn is zo snel mogelijk klachtgericht te gaan behandelen, gericht op het herstel van het functioneren. Ook al is er geen precieze diagnose, er zijn bij iedereen altijd voldoende aanknopingspunten om direct aan de slag te gaan. Liefst bij een multidisciplinaire instelling die niet zoveel belang hecht aan het onderscheid tussen lichamelijk en psychisch, maar waar men resultaatgericht werkt. Het gaat niet om de keus tussen een algemene gezondheidszorginstelling of een GGZ-instelling, het gaat om integrale en multidisciplinaire behandeling.

De verzuimende werknemer zou bij zo’n instelling bijvoorbeeld alvast aan een betere conditie kunnen werken, of met een professional een plan opstellen om die tien kilo overtollig buikvet kwijt te raken omdat die nu eenmaal een extra belasting vormen voor een pijnlijke rug. Met een integrale aanpak van het arbeidsverzuim zou de ‘bv Nederland’ enorm zijn gediend. We hoeven het enkel nog te organiseren.

Nederland preventieland

Er ligt een unieke kans voor Nederland in het hervormen van onze gezondheidszorg op een manier die in de rest van de wereld tot louter bewondering en imitatie zal leiden.

Een klein land kan heel goed groot zijn. Door eigenzinnig te zijn en moed te tonen. Als er iets is wat ons land de afgelopen eeuwen kenmerkte dan waren het die eigenschappen.

We trokken over de wereld en wisten overal iets van onze gading te vinden waarmee we handel konden drijven, om daarmee een natie te zijn die ertoe deed. Afgezet tegen het bescheiden aantal inwoners hadden we altijd veel in de melk te brokkelen, overal in de wereld. Maar er lijkt een kentering gaande: ons drugsbeleid is geen voorbeeld meer voor de rest van de wereld, de tolerantie ten opzichte van minderheden is verdwenen en het poldermodel is ook niet meer wat het geweest is. Hoog tijd dus voor een gewaagde en innovatieve beleidslijn, die ons land zijn prominente plek terug kan geven. En dan hebben we het niet over de organisatie van het WK Voetbal of de Olympische Spelen. Het zou goed zijn voor Nederland als we de rest van de wereld laten zien hoe je met een radicaal andere aanpak een alom erkend probleem het hoofd kan bieden, iets waar de hele wereld in toenemende mate last van ondervindt: de oprukkende welvaartsziekten.

Wereldwijd zijn er heden ten dage meer mensen met overgewicht dan met hongersnood. En dat dit geen ongenueanceerde vooruitgang betreft wordt geleidelijk aan ook steeds duidelijker: overgewicht brengt enorme lasten met zich mee. Terwijl we weten dat we een stuk ouder zou kunnen worden door gezonder te leven, doet de gemiddelde mens nog weinig wat daarop lijkt. En onafhankelijk van de leeftijd die we bereiken is ook bekend dat onze levenskwaliteit direct te maken heeft met onze leefwijze. Mensen die in staat zijn tot een gematigd leven hebben ook een leuker leven.

En dan nog even over de financiën: een ongezonde leefwijze leidt tot aanmerkelijk meer zorgconsumptie. Het is al zo erg dat naar schatting negentig procent van alle gezondheidsproblemen waarmee mensen hun dokter bezoeken direct of indirect het gevolg zijn van hun leefwijze. Hierbij zijn naast overgewicht ten gevolge van te veel of ongezond eten ook een dramatisch tekort aan lichaamsbeweging en steeds grotere belasting van onze hersencapaciteit (stress) belangrijke factoren.

Er ligt een unieke kans voor Nederland in het hervormen van onze gezondheidszorg op een manier die in de rest van de wereld tot louter bewondering en imitatie zal leiden. We gaan een radicaal andere benadering van gezondheid en ziekte inzetten waarbij we niet meer focussen op het bestrijden van ziekte, maar op het voorkomen van ziekte door het bevorderen van gezondheid. Dat klinkt wellicht simpel, maar dat is het zeker niet. Het voorkomen van ziekte vraagt om het benaderen van de gehele bevolking, terwijl de huidige geneeskunde zich hoofdzakelijk bekommert om hen met klachten. Doordat we investeren in het gezond houden van al onze inwoners zal het aantal mensen dat zich

meldt met een ziekte uiteindelijk gestaag teruglopen. Maar de kost gaat voor de baat uit. De regering moet stoppen met het beteugelen van de huidige gezondheidszorgkosten en fors investeren in preventie. Geld uitgeven in plaats van bezuinigen.

Iedere dokter kent de vuistregel dat het voorkomen van een ziekte ongeveer evenveel kost als de behandeling ervan. Dat je daarmee ellende bespaart begrijpt iedereen. Maar dat daarmee ook de kosten van arbeidsverzuim en andersoortig productieverlies teruglopen lijkt men amper te beseffen. Dat er ingewikkelde en wellicht ter discussie staande berekeningen aan zo'n beleidswijziging voorafgaan is geen reden om er niet aan te beginnen. De Betuwelijn, de Amsterdamse Noord-Zuidlijn en andere grote projecten rond onze infrastructuur werden veel te goedkoop ingeschat, maar ze kwamen er wel. Het is onmogelijk exact te becijferen wat een gezondheidszorgbeleid dat als primaire focus de preventie van ziekte heeft gaat opleveren, maar dat we met de huidige beleidskoers alleen maar meer in de problemen raken staat vast. Het zorgaanbod gericht op behandeling is domweg niet meer betaalbaar.

Wat er in het innovatieve Nederland zou moeten gebeuren is op zichzelf redelijk overzichtelijk en wetenschappelijk bewezen: zorg voor goede voeding, voldoende lichaamsbeweging en niet te veel stress. We gaan dan wel heel vroeg beginnen: op de basisschool of mogelijk nog eerder. Laat kinderen gewoon leren schrijven, lezen en rekenen, maar zorg ook dat ze tussendoor veel bewegen. Niet in de vorm van gymnastiekles, maar ouderwets spelen op het schoolplein. Weer suiker uit de kantines van onze onderwijsinstellingen en zorg dat er buiten de computerlessen niet wordt gespeeld met smartphones

of spelcomputers. Besteed tijd en energie aan andere onderwerpen dan het verkrijgen van cognitieve vaardigheden en leg uit waarom computers geen levensgeluk opleveren, waarom bezoek aan een fastfoodrestaurant je uiteindelijk geen goed doet en dat bewegen iets is dat hoort bij mensen, zoals zwemmen bij vissen.

Uiteraard gaan we ook alle volwassenen vragen om na te denken over de eigen vitaliteit en wat men eraan doet om die te behouden, of te vergroten. 99 van de 100 mensen zullen spontaan verbeterpunten kunnen benoemen, maar omdat ze er uit zichzelf te weinig aan doen gaan we de hulp verschaffen die ze nodig hebben. Een overheid die het aantal verkeersdoden weet terug te dringen door overal in het land rotondes aan te leggen zal ook dit project tot een succes kunnen maken met preventieve gezondheidschecks en door gerichte begeleiding in verandering van de meest ondermijnende leefgewoonten. Bij de één voeding, bij de ander lichaamsbeweging en bij een derde minder stress. Maatwerk dat geld kost, maar uiteindelijk een veelvoud van die investering oplevert.

Als we daar de komende decennia vol op in durven te zetten, worden we net als voorheen een rolmodel voor de rest van der wereld. De organisatie van de Olympische Spelen gunt men ons dan vast ook nog wel eens.

Deel 2

ZIEKTEBEELDEN

Psychisch

Er is geen principieel onderscheid te maken tussen een hartpatiënt die komt te overlijden door een hartinfarct en een depressieve patiënt die zichzelf het leven beneemt.

Ook anno 2017 is een depressie nog altijd een ziekte die minder serieus wordt genomen dan bijvoorbeeld kanker. Dat kan niet te maken hebben met de ernst van de aandoening, want ook aan depressie overlijden in ons land jaarlijks honderden mensen. De economische impact van een stemmingsstoornis is eveneens enorm. Je kunt een uitgebreide discussie voeren over de zin en onzin van het hanteren van het ziektemodel bij psychische problemen, maar dit heeft niet zoveel zin als er geen betere alternatieven zijn.

Dat mensen een depressie als een minder ernstige aandoening beschouwen dan kanker is een subjectieve kwestie. Sterker nog: er is weleens gevraagd aan mensen die zowel aan kanker als een depressie hadden geleden, welke van beide hun het zwaarst was gevallen. In tegenstelling tot wat je zou verwachten gaf de meerderheid van deze mensen aan dat ze meer hadden geleden onder de depressie. Dat heeft waarschijnlijk te maken met de onvoorspelbaarheid van een depressie, en ook van de behandeling. Je verdwijnt in

een zwarte tunnel en je hebt geen idee of je er ooit weer uit komt en wie je daarbij wel of niet behulpzaam kan zijn. Dat je een kwaadaardige aandoening blijkt te hebben is uiteraard ook zeer ingrijpend nieuws, maar in de meerderheid van de gevallen is vrij kort na het stellen van de diagnose ook duidelijk hoe de behandeling eruit gaat zien en hoe lang die gaat duren. Het lijkt erop dat mensen zich daar beter op kunnen instellen dan op de grote leegte die een depressie per definitie met zich meebrengt.

Dat psychische problemen minder serieus genomen worden kan waarschijnlijk niet los worden gezien van het weinig florissante imago van de psychiatrie (de GGZ). Alles wat 'tussen de oren' zit wordt al snel vaag gevonden. Een psychiatrische diagnose krijg je opgeplakt nadat is vastgesteld dat er geen lichamelijke verklaring is voor de klachten. Dat is een gangbare omschrijving, maar wel een heel vreemde: alles wat tussen de oren zit maakt immers ook deel uit van het lichaam. Toch wordt zelfs door de professionals in de geestelijke gezondheidszorg op deze manier gedacht: als een mevrouw van vijftig jaar bij een psychiater klaagt over gebrek aan energie en lusteloosheid kan dit heel goed passen bij een depressie. Maar volgens de regels van het diagnosticeren van een psychiatrische stoornis moet de psychiater eerst nog wel uitsluiten dat bijvoorbeeld een haperende schildklier de klachten kan verklaren. Bij een zogenaamde hypothyreoïdie kunnen een aantal verschijnselen optreden die ook bij een depressie voorkomen, zoals traagheid, lusteloosheid en een gebrek aan energie. Dat je eerst zeker moet weten dat het niet aan de schildklier ligt is bijzonder, omdat de kans dat een vrouw van die leeftijd een stemmingsstoornis heeft vele malen groter is. Waarom dan niet direct de diagnose depressie gesteld?

In de huidige gezondheidszorg kan men het zich niet goed voorstellen, maar in principe zou je ook met elkaar kunnen afspreken dat je pas onderzoek naar de schildklier doet op het moment dat je zeker weet dat er géén sprake is van een depressie. Dat we dat op dit moment nog altijd niet goed kunnen maakt de zaak er niet beter op: het ontbreken van een simpele en wetenschappelijk betrouwbare test voor de diagnose depressie heeft vermoedelijk veel te maken met de praktijk waarin de schildklier meer gewicht krijgt dan de stemmingsstoornis.

Artsen stellen diagnoses op basis van de ziekteverschijnselen die een patiënt rapporteert. Het gesprek waarin de klachten worden geïnventariseerd wordt anamnese genoemd, en dit verschaft naar schatting al negentig procent van de informatie die vereist is voor een betrouwbare diagnose. Het lichamenlijk onderzoek en aanvullende onderzoeken als het prikken van bloed en het maken van röntgenfoto's of scans zijn niet onbelangrijk, maar ten opzichte van de anamnese toch van ondergeschikt belang. Hiervan uitgaande zou de diagnose depressie ongeveer even betrouwbaar gesteld kunnen worden als de diagnose schildklierafwijking. Maar doordat er bij een depressie geen afwijkingen worden gevonden bij een lichamenlijk onderzoek en doordat er in het laboratorium en op een scan ook niets vreemds wordt waargenomen, wordt de diagnose stemmingsstoornis als minder betrouwbaar gezien.

De meeste mensen die psychische klachten als 'vaag' of 'soft' typeren vergeten dat dit slechts de opvatting van dit moment weergeeft. En ook de zorgprofessionals lijken zich hier vaak onvoldoende van bewust. Pas wanneer de diagnose depressie net zo objectief gesteld kan worden

als die van welke lichamelijke aandoening dan ook, is de emancipatie van psychiatrische stoornissen een feit. Totdat het zover is zullen we ons moeten behelpen met een gesprek over stemmingsklachten waarin subjectieve elementen onvermijdelijk zijn. Dit betekent overigens niet dat je de klachten daarmee minder serieus zou moeten nemen. De wetenschap heeft allang aangetoond dat psychische problemen net zo ernstig kunnen zijn als iedere andere ziekte.

Ook al kunnen we de meeste psychiatrische problematiek nog moeilijk 'hard' maken, het zou het overwegen waard zijn om alvast af te stappen van het onderscheid tussen lichamen (ook wel 'soma' genoemd) en psychisch. Al was het maar om te voorkomen dat mensen die aan een psychisch probleem lijden worden beschouwd als figuren met een zwak karakter, of erger nog: aanstellers. Want dat is aantoonbaar niet waar. Er is geen principieel onderscheid te maken tussen een hartpatiënt die komt te overlijden door een hartinfarct en een depressieve patiënt die zichzelf het leven beneemt. De vraag is dan ook waarom we niet evenveel investeren in het voorkomen van zelfmoorden als in de preventie van hartinfarcten. Het zou wel moeten, temeer daar we weten dat de meeste zelfmoordenaars leden aan een psychiatrische stoornis, die nog alleszins te behandelen was geweest.

Er is bij tijd en wijle discussie over het relatief geringe aantal mensen dat euthanasie krijgt op basis van ondraaglijk psychisch lijden. Daar zijn vele en ook flink uiteenlopende verklaringen voor aan te voeren, maar in ieder geval speelt een rol dat psychiaters meestal nog serieuze behandelmogelijkheden zien. En daardoor zijn ze terughoudend in het concluderen tot 'uitzichtloos' of 'onbehandelbaar'.

Psychisch verzuim

Verzuim heeft altijd een psychologische component en de term ‘psychisch verzuim’ schept enkel verwarring.

Onlangs werd ik uitgenodigd om in een grote zorginstelling te komen praten over ‘psychisch verzuim’. De arbodienst die de bijeenkomst had georganiseerd, wilde graag aandacht voor dit thema, omdat er veel van dit type verzuim schijnt te zijn.

De eerste vraag die zich opdringt bij de term ‘psychisch verzuim’ is natuurlijk wat hier precies onder moet worden verstaan. En in het verlengde daarvan ligt de vraag of er ook zoiets bestaat als ‘somatisch verzuim’? Of is uitval ten gevolge van een gebroken been een voorbeeld van ‘gewoon’ verzuim en zijn rugklachten waar geen objectieve verklaring voor kan worden gevonden een klassieke aanleiding voor ‘psychisch verzuim’? Je begrijpt al waar dit betoog naar toe gaat: ‘psychisch verzuim’ is een onzinnige term, die geen enkele toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de algemene aanduiding ‘verzuim’.

Stel je een werkneemster voor die op een dag een knobbeltje in haar borst voelt. Als ze verstandig is gaat ze daarmee naar haar huisarts en als deze ook iets voelt zal doorverwijzing volgen voor nadere diagnostiek. Een vrouw die zoiets meemaakt kan hier op heel uiteenlopende

manieren mee omgaan. Ze kan doen alsof er niets aan de hand is (de zogenaamde struisvogelpolitiek), ze kan het er af en toe over hebben met vertrouwelingen (een verstandige keuze) of ze kan geheel in paniek raken en zich per acuut ziekmelden en voor onbepaalde tijd uit het arbeidsproces verdwijnen. Is dat laatste dan een vorm van 'psychisch verzuim'? Vanwege de objectiveerbare afwijking in haar borst niet, maar op grond van de psychologische reactie natuurlijk wel. Kortom: een arbitraire keuze bepaalt het label dat eraan gehangen wordt.

Nog lastiger wordt het als je kijkt naar een aandoening als depressie. Dit heeft alles met psychologie te maken, maar het gaat ook om een verstoorde hersenfunctie van waaruit de symptomen verklaard kunnen worden. Tenminste voor een deel. Veel psychologen en psychiaters zullen dan ook stellen dat een depressie net zo'n echte ziekte is als een longontsteking of een ontstoken blindedarm.

Maar net als bij de mevrouw met een gezwel in haar borst geldt ook hier: de manier waarop iemand ermee omgaat is enorm van invloed op zijn of haar (dis)functioneren. En dat beperkt zich meestal niet enkel tot het werk. Voor veel psychische klachten geldt dat ze moeilijk objectiveerbaar zijn. Er zijn geen zwart-wittesten waarmee je bepaalt of iemand wel of niet een psychisch probleem heeft. Het gaat altijd om glijdende schalen, waarbij het moment dat je iets abnormaal gaat noemen discutabel blijft.

Het meeste arbeidsverzuim kan begrepen worden vanuit de zogenaamde draagkracht-draaglastbalans. Als die verstoord raakt, door afgenomen kracht of toegenomen last, ontstaat een situatie waarin verzuim deel van het probleem wordt. Daar kun je het bijvoeglijk naamwoord 'psychisch' voor plakken, maar het heeft geen enkele praktische

betekenis. Om iemand te helpen moet de balans worden hersteld door de draaglast te verlagen of de draagkracht te vergroten. Dat is het doel van iedere professional die participeert in de behandeling van een aandoening, of het nu een chirurg betreft of een psychiater.

Verzuim heeft altijd een psychologische component en de term 'psychisch verzuim' scheidt enkel verwarring. Geen enkele werknemer die thuis zit wordt er beter van. Sterker nog: het wekt weerstand op en dat is het laatste wat je kunt gebruiken als werkhervatting het doel is. Het aantal mensen dat moeite heeft met het etiket 'psychisch' is nog altijd vele malen groter dan het deel dat daar geen enkel probleem mee heeft. Door te stoppen met het gebruik van labels die een negatieve lading hebben, vergroten we de kans op succesvol ingrijpen bij mensen die verzuimen; waarvan de meerderheid dit zeer tegen hun zin in doet.

Leren doseren

Ieder individu zou zich dagelijks moeten afvragen of hij wel een gezonde balans heeft tussen inspanning en ontspanning.

We krijgen het allemaal steeds drukker. Tien jaar geleden wandelden we op zondag nog door het bos zonder dat we gestoord konden worden. Tegenwoordig hebben we allemaal een mobiele telefoon waardoor zo'n moment van ontspanning ieder moment kan worden verstoord. Handig als een familielid een ernstig ongeluk heeft gehad. Maar is het ook prettig om te moeten horen dat de vergadering van volgende week wordt verschoven, net op het moment dat je aan de rand van het bos een hert ziet opduiken?

En niet alleen de mobiele telefoon kan een stoorzender zijn. Hetzelfde speelt ook al jaren met werkgerelateerde e-mails die buiten kantooruren binnenkomen. En waarvan we dan vinden dat ze ook maar buiten werktijd beantwoord moeten worden. En dan hebben we er meer recent ook nog Facebook en Twitter bij gekregen. En moeten we ons netwerk onderhouden via LinkedIn. Met WhatsApp kan er gratis het hele etmaal door contact gelegd worden. We maken elkaar doorlopend wijs dat dit allemaal heel normaal is. Dat al deze technologische ontwikkelingen niets dan voordelen bieden. Er kritische vragen bij stellen gebeurt maar

mondjesmaat. Toch spreken we hier over veranderingen die nog maar net zijn ontstaan en waarvan we niet weten hoe ze ons op de langere termijn gaan beïnvloeden. Dat kan en zal ongetwijfeld positieve kanten hebben. Maar de negatieve invloeden zijn ook niet ondenkbeeldig. En of we het nu leuk vinden of niet: onze werkweken zijn door al deze technologische ontwikkelingen aantoonbaar langer geworden.

In een periode van een paar honderd jaar is het leven van de westerse mens ingrijpend veranderd. Om te beginnen zijn er heel veel veranderingen ten goede gekomen: we hebben prachtige vervoersmiddelen, we kunnen rottige infectieziekten meestal doeltreffend bestrijden en we worden in relatieve welvaart veel ouder (althans: dat was tot voor kort de trend, want de toename komt tot stilstand en in de toekomst dreigt zelfs dat we weer eerder dood gaan). Ook nam door alle verbeterde productietechnieken de hoeveelheid vrije tijd flink toe. Ik wil aan zulke niet geringe voordelen niets af doen, maar we moeten wel constateren dat in toenemende mate duidelijk wordt dat dit alles ook een prijs heeft. Er is uiteindelijk geen vooruitgang denkbaar zonder schaduwzijde.

Als we alleen al kijken naar het enorme aanbod van bezigheden en activiteiten dan wordt duidelijk dat keuzestress eerder normaal is dan een afwijking. We moeten allemaal doorlopend prioriteiten stellen en afzien van op zichzelf leuke dingen omdat ze er niet meer bij passen in onze overvolle agenda's. Op basisscholen maken kinderen al weken van tevoren afspraken om samen te gaan spelen. Terwijl een belangrijk kenmerk van spel toch altijd spontaniteit was. Het meest waarneembaar is de keuzestress rond het aanbod van internetgerelateerde producten en

diensten. Steeds meer mensen kunnen niet meer stoppen met online gamen, gokken, shoppen, of porno kijken. Naast de verslaving aan middelen als alcohol en drugs zijn de gedragsverslavingen enorm in opkomst en dat gaat de geestelijke gezondheidszorg voor zeer grote uitdagingen plaatsen. Het aantal mensen dat zijn gedrag niet meer altijd volledig in de hand heeft neemt toe, is mijn stellige indruk. Dit is moeilijk te onderbouwen met wetenschappelijke literatuur, omdat er domweg geen betrouwbaar onderzoek bestaat.

In de psychiatrie wordt een onderscheid gemaakt tussen afhankelijkheid van middelen als drank en drugs en het misbruik ervan. Afhankelijkheid (verslaving) wordt nog altijd beschouwd als iets ernstigers dan misbruik. Als je niet zonder alcohol kunt ben je in de ogen van de leek een minder zwaar geval dan wanneer je twee keer per week dronken bent, en de rest van de week niets drinkt. Daar kan over getwist worden, zeker als de schade ten gevolge van het misbruik veel groter is dan die ten gevolge van afhankelijkheid.

Over de zogenaamde gedragsverslavingen is nog veel discussie. Een klassieke variant als de gokverslaving wordt nu geclassificeerd als een 'stoornis in de impulscontrole'. Een wel heel vage omschrijving en moeiteloos toepasbaar op mensen die niet kunnen stoppen met online games, gokken, porno of sociale media. In toenemende mate is er bewijs dat het gebruik van internet bij een deel van de gebruikers leidt tot ongecontroleerd gedrag, met niet zelden ook nog eens kwalijke gevolgen. De komende jaren kunnen er nog veel meer alarmerende berichten over deze schaduwzijde van het internetgebruik worden verwacht.

Een andere duistere kant van internet is gelegen in de beperkte communicatie die via dit medium geschiedt.

Mensen sturen elkaar de vreselijkste verwensingen, zonder dat ze zien wat ze daarmee aanrichten. Pesten is in toenemende mate een probleem geworden sinds er sociale media zijn. Ook deze ontwikkeling dwingt ons tot nadenken. Veel communicatie via de sociale media wordt namelijk ook gekenmerkt door dubieuze dosering. Ook al wordt het niet zo bedoeld, veel boodschappen komen aanmerkelijk harder en ongenueanceerder over via een e-mail dan in een persoonlijk gesprek. En dat leuk bedoelde commentaar op iemands doen of laten wordt niet zelden veelvuldig herhaald en op grote schaal verspreid.

Het doseervraagstuk is van ons allemaal en ieder individu zou zich dagelijks moeten afvragen of hij wel een gezonde balans heeft tussen inspanning en ontspanning. Tussen nadenken en bewegen. Tussen persoonlijk contact en sociale media. Daarover zouden we vaker met elkaar in gesprek moeten gaan. Thuis en op het werk. Het doseervraagstuk is van ons allemaal.

Gestoord eten

Je kunt miljoenen investeren in begeleiding en behandeling van obesitas, maar de achterstand die je hebt op de multinationals die voor het overgewicht hebben gezorgd, loop je nooit meer in.

Onlangs mocht ik op een nascholingsbijeenkomst voor professionals uit de GGZ een verhaal houden over eetstoornissen. En daarom ging ik me weer eens verdiepen in dit onderwerp dat binnen diezelfde GGZ nog altijd een klein en specialistisch deel terrein vormt. De geringe aandacht van professionals in mijn vakgebied voor eetstoornissen is nog enigszins begrijpelijk als je naar anorexia nervosa, de meest beruchte eetstoornis, kijkt. Hoewel het een ernstige stoornis is, waar relatief veel van de patiënten aan overlijden (door de gevolgen van ondervoeding, maar ook door suïcide), is het ook een relatief zeldzame aandoening. De meeste mensen die eraan lijden zijn jonge vrouwen in de leeftijdscategorie van vijftien tot dertig jaar. Onder die groep is de prevalentie (de mate waarin het voorkomt) ongeveer 370 op 100.000, hetgeen betekent dat er in Nederland ongeveer 5500 anorexiapatiënten zijn. Het aantal nieuwe gevallen (de incidentie) is helemaal laag, doordat het meestal een langdurige ziekte betreft. Een huisarts met een gemiddelde

praktijk zal slechts eens in de vijf jaar een nieuwe patiënte zien met deze diagnose.

De andere bekende eetstoornis, boulimia nervosa, komt vaker voor, maar is ook nog altijd vrij zeldzaam. In dezelfde risicogroep als bij anorexia, de jonge vrouwen, is de prevalentie ongeveer 1500 op 100.000. Naar schatting zijn er in ons land ruim 22.000 mensen die aan boulimia lijden. En ook hier is de incidentie laag, met voor de gemiddelde huisarts iedere drie jaar een nieuw geval. Boulimia is gemiddeld genomen minder ernstig dan anorexia. Er overlijden bijvoorbeeld zelden of nooit mensen enkel en alleen door deze eetstoornis.

Beide kwalen worden overwegend met psychotherapie behandeld. Er zijn nog geen medicijnen die goed helpen. Medicatie is hooguit een extra steun in de rug in geval de patiënt bijvoorbeeld ook depressief is. Het bekende middel Prozac (fluoxetine) werd ooit officieel geregistreerd voor de behandeling van boulimia, maar het wordt nog maar weinig voorgeschreven. Er wordt in de klinische praktijk bij patiënten met een ernstige eetstoornis veel geëxperimenteerd met allerlei medicatie, maar vaker niet dan wel met succes.

Een derde, maar veel minder bekende eetstoornis, is de zogenaamde 'binge eating disorder', die ook wel vreetbuistoornis wordt genoemd. Veel psychiaters en psychotherapeuten zullen deze diagnose nog nooit gesteld hebben, omdat ze niet gewend zijn om gedetailleerd naar het eetgedrag van hun patiënten te vragen. Daardoor wordt de diagnose gemakkelijk gemist. Vreetbuien zijn omgeven met schaamte (welke psychische stoornis eigenlijk niet?) en de kans dat iemand spontaan opbiecht dat hij soms in tien minuten de halve koelkast leeg eet is dan

ook niet zo groot. We weten niet precies hoeveel mensen lijden aan deze psychische stoornis. In het psychiatrische classificatiesysteem DSM-IV kwam het niet voor als een op zichzelf staande aandoening (het viel onder de restcategorie 'eating disorder, not otherwise specified'); in de nieuwe editie (de Amerikaanse DSM-5 werd mei 2013 gepresenteerd) al wel. En niet toevallig, gezien de gestage toename van mensen die eraan lijden.

De discussie over de criteria voor de diagnose zal echter nog wel even voortduren. Dat is ook een van de belangrijkste oorzaken van het feit dat er weinig onderzoek naar is gedaan. Uit een degelijke Australische studie kwam naar voren dat ongeveer één procent van de bevolking hieraan lijdt, hetgeen in Nederland overeenkomt met 160.000 patiënten. Dat zijn er veel meer dan het aantal mensen die lijden aan anorexia of boulimia (in totaal nog geen 30.000 mensen). Er zullen zelfs mensen zijn die betwisten dat het hebben van vreetbuien als een psychische stoornis gezien moet worden. Het onderscheid met te veel eten, iets wat onderhand bijna de helft van onze bevolking doet, is dan enkel nog gelegen in de manier waarop je de overmaat aan voedsel tot je neemt. Op het moment dat je 'netjes' verspreid over de dag veel te veel eet heb je namelijk formeel geen psychische stoornis. In de termen van de DSM heb je voor de diagnose van een binge eating disorder het criterium van controleverlies: er niet mee kunnen stoppen, naast dat het om abnormaal grote hoeveelheden in heel korte tijd moet gaan. Het verschil tussen de vreetbuistoornis en boulimia nervosa is gelegen in het door de patiënt zelfopgewekte braken, dat de laatste groep typeert.

Het verschil tussen het zogenaamde 'overeten' en het hebben van vreetbuien is hoe dan ook relatief. En in beide

gevallen resulteert het sowieso in overgewicht, dat op een gegeven moment een op zichzelf staand onderwerp van zorg kan worden. In de algemene definitie van een psychische stoornis is opgenomen dat er sprake moet zijn van lijden onder de verschijnselen, en dat ze hinder moeten veroorzaken in het dagelijkse functioneren op allerlei terrein. Iedereen zal begrijpen dat daarbij grote verschillen bestaan tussen verschillende individuen. Er zijn mensen die zonder enig waarneembare hinder vijftig kilo overgewicht met zich meedragen en er zijn mensen die objectief een normaal gewicht hebben, maar die vreselijk lijden onder de gedachte dat ze te dik zijn, dat iedereen ze lelijk vindt en die daardoor nauwelijks onder de mensen durven te komen. Je belandt met overgewicht vaker niet dan wel in de GGZ. De meeste mensen die te zwaar zijn blijven qua zorg steken bij de huisarts. Soms verwijst deze door naar een diëtist of een internist vanwege verstoord cholesterol, hoge bloeddruk of diabetes. Verwijzing voor psychische begeleiding is zeldzaam en de vraag is gerechtvaardigd of dit wenselijk is. Of juist niet?

Niet iedere vorm van problematisch eetgedrag komt in aanmerking voor behandeling in de GGZ, dat begrijpt zelfs een beroepsgeformeerde professional. Maar tegelijkertijd zie je wel steeds meer mensen spanningen afreageren in eigenaardige eet- en drinkgewoonten. Niet altijd bewust, maar dat maakt het probleem er hooguit ernstiger op. Dat te veel eten kan verwijzen naar een gestoorde emotionele huishouding is op zichzelf wel bekend bij specialisten, maar in de zorg wordt er nog weinig beleid op gemaakt. Daar wreekt zich ook de keuze om bij het stellen van een diagnose volgens een classificatiesysteem als DSM geen rekening te houden met de oorzaken. En zo kan het gebeuren dat we ons

al jaren zorgen maken over het toenemende aantal mensen met overgewicht zonder tastbaar resultaat.

Alle goede bedoelingen (en investeringen) ten spijt wordt het gestoorde eetgedrag waaraan we met zijn allen ten prooi zijn gevallen nog altijd niet bestreden op het niveau waarop het zou moeten: dat van de oorzakelijke factoren. Dat er niet één enkele verklaring is voor alle vormen van verstoord eetgedrag is bekend, maar worden de factoren die we kennen wel adequaat aangepakt? Neem als voorbeeld de 'voedselwedloop', die veel weg heeft van de ouderwetse wapenwedloop. Je kunt miljoenen investeren in de begeleiding en behandeling van mensen die lijden aan morbide obesitas (een Body Mass Index (BMI) van meer dan 40), maar de achterstand die je hebt op de multinationals die voor het overgewicht hebben gezorgd, loop je nooit meer in. Sterker nog: die multinationals verdienen nog veel meer op de dure 'slankproducten' die ze ook fabriceren.

Net als op veel andere terreinen in de gezondheidszorg zou de focus ook bij alle aan eten gerelateerde problemen op preventie moeten komen te liggen. Met budgetten die vergelijkbaar zijn met die van de hamburgerketens die ons verleiden dik te worden. Zolang de voorlichting over gezonde voeding in het niet valt bij alle marketingactiviteiten van frisdrankfabrikanten en fastfoodketens verandert er niets. En al helemaal niet als we mensen niet gaan leren om na te denken over waarom ze iets eten, en wat. Gestoord eten is een van de meest voorkomende psychische stoornissen namelijk.

Stress

We zullen onder ogen moeten zien dat onze veranderde leefwijze gepaard gaat met een aanmerkelijk verhoogd risico op een ziekmakende ontregeling van ons stress-systeem.

Er schijnt een wetenschappelijk onderzoek te bestaan dat concludeert dat mensen in de middeleeuwen in hun hele leven evenveel prikkels te verwerken kregen als de moderne westerse mens in een enkele dag. Wie de auteur is weet ik niet en het lijkt me ook een moeilijk hard te maken conclusie. Maar los daarvan is het een intrigerende gedachte. Want afgezet tegen de tijd die verstreken is sinds de oerknal, zijn de middeleeuwen (ca. 500 – ca. 1500) nog maar heel kort geleden. En dan is er in korte tijd wel heel veel veranderd.

Natuurlijk werden de mensen in de middeleeuwen ook minder oud en in de duizend jaar tussen het begin en einde van deze periode zal er ook best veel veranderd zijn. Maar niet zo veel als in de ruim 500 jaar die sindsdien verstreken zijn, zoveel is zeker.

Door het begin van de industriële revolutie, aan het einde van de achttiende eeuw, raakten de ontwikkelingen in een stroomversnelling. De omschakeling van handmatig vervaardigde producten naar machinaal geproduceerde goederen begon met de uitvinding van de stoommachine,

rond 1770. Sindsdien werden er in hoog tempo steeds meer en steeds betere machines ontworpen en dit leidde ertoe dat het bestaan voor de meeste mensen aanmerkelijk minder zwaar werd. Goed nieuws natuurlijk, in de eerste plaats. En waar de meeste mensen tot het begin van de industriële revolutie eerst en vooral bezig waren met het vullen van hun bord, om vervolgens uitgeput te gaan slapen, ontstond er met de machines voor steeds meer mensen een overschot aan tijd. Die gingen ook korter slapen, niet alleen door minder vermoeienissen maar ook omdat overal in de westerse wereld het kunstlicht doordrong.

Zo ontstond gaandeweg de situatie waarbij de meeste mensen niet veel meer dan acht uur op een dag werken en er ongeveer zeven slapen. Daarmee resteren negen uren die vrij te besteden zijn plus twee weekenddagen. Vanuit de luxe van de vrij besteedbare tijd ontstond de vakantie, een fenomeen dat in veel ontwikkelingslanden nog altijd onbekend is. We kregen de televisie, waar we in de tweede helft van de vorige eeuw massaal onze tijd mee gingen doden. En sinds ongeveer twintig jaar zijn er de computer en het internet, die ervoor zorgen dat we ons niet hoeven te vervelen. Althans: als we even niets te doen hebben denken we al snel dat we ons vervelen. Maar de vraag is natuurlijk hoe erg het is om even niets om handen te hebben. Woorden als lummelen, lanterfant en pierewaaien zijn in onbruik geraakt, maar daarmee is niet gezegd dat ze geen functie meer hebben.

Met het internet is er steeds meer sprake van een 24-uurseconomie, waarbij echter niet de vraag, maar het aanbod domineert. Doordat we zo veel tijd hebben zijn we, al dan niet bewust, ook steeds meer met dat aanbod bezig. Veel mensen geven tegenwoordig aan dat ze winkelen beschouwen als hun favoriete bezigheid. Doorlopend

worden we geprikkeld om dingen te doen, producten te kopen, diensten in te huren, noem maar op. Overgewicht heeft niet alleen te maken met te weinig lichaamsbeweging of een verkeerd soort voeding, het is zeker ook het gevolg van de continue verleiding om te eten waaraan we allemaal blootstaan en de vele tijd die we daarvoor hebben.

Ook al heb je nog helemaal geen honger, als je oog doorlopend valt op allerhande lekkernijen is de kans groot dat je al weer iets gaat eten voordat je lichaam er echt behoefte aan heeft. En op die manier gaat er dus meer naar binnen dan noodzakelijk. Daar zijn de voedselproducenten blij mee, maar hoe tevreden moeten wij zijn over het almaar toenemende gewicht van de gemiddelde landgenoot?

De afgelopen twintig jaar werd de Nederlandse man gemiddeld zes kilo zwaarder (en twee centimeter langer). Als dat tempo niet omlaag gaat is er aan het begin van de volgende eeuw gemiddeld dertig kilo bijgekomen. Enkel en alleen door verleidingen die we niet konden weerstaan. Het onderliggende probleem heeft alles met dat laatste te maken: weerstand bieden aan alle verleidingen kost nu eenmaal veel energie. De een heeft een ijzeren discipline waar het eten betreft, de ander moet veel strijd leveren om niet op iedere mooie zomerdag drie grote ijscos naar binnen te werken. De overeenkomst tussen deze beide uitersten is dat men zich meestal niet bewust is van dit soort processen. En mensen die gedisciplineerd zijn met eten kunnen op een ander terrein wel onmatig zijn.

Steeds duidelijker wordt dat de hoeveelheid informatie die we moeten verwerken een aanslag pleegt op ons brein. Er moet doorlopend worden besloten wat er wel of niet relevant is, waarop gereageerd moet worden, en waarop niet. Dat geschiedt niet zo bewust als hier geformuleerd, maar

vooral via zogenaamde automatische processen. Die kosten ons veel energie. De hersenen, die nog geen anderhalve kilo wegen, zijn naar schatting verantwoordelijk voor ongeveer veertig procent van ons energieverbruik. Dat geeft aan hoe belangrijk ons brein voor ons is. Pas op het moment dat de hersenactiviteit in beeld wordt gebracht wordt duidelijk hoe overbelast het brein bij velen van ons is met de enorme hoeveelheid prikkels waar we het aan bloot stellen. Dit fenomeen is ook wel getypeerd als 'keuzestress', een term die onschuldig klinkt en slechts lijkt te verwijzen naar een kind in de snoepwinkel dat niet weet waar het de vijf euro die het heeft gekregen van oma het beste aan uit kan geven.

Hoe je het ook wendt of keert, het is duidelijk dat stress in het leven van de meeste mensen al dan niet bewust een belangrijke rol speelt. Het wetenschappelijke concept van stress werd door de arts Hans Selye als eerste geïntroduceerd. Hij publiceerde er in 1936 over in het wetenschappelijke tijdschrift *Nature*. In de ruim tachtig jaar die sindsdien verstreken zijn is het onderzoek naar het fenomeen stress onder wetenschappers enorm populair geworden. Publicaties over de gunstige en ongunstige effecten van stresshormonen volgen elkaar in hoog tempo op. En hoewel er inmiddels veel bekend is over stress, mag je ervan uitgaan dat er de komende jaren eerder meer dan minder onderzoek zal volgen.

Voor een goed begrip van stress is enige basale kennis over de werking van hormoonsystemen onontbeerlijk. In onze lichaamsfuncties spelen hormonen altijd een rol. Of het nu om spijsvertering, voortplanting of emoties gaat, er worden onder regie van de hersenen hormonen aangemaakt. Hormonen worden op verschillende plekken in het lichaam geproduceerd, mede afhankelijk van hun functie. Van geen

enkel hormoon kun je zeggen dat het goed of fout is. Wel kan er sprake zijn van een verstoorde balans, die aanleiding kan zijn tot allerlei klachten: denk bijvoorbeeld aan een te snel werkende schildklier die te veel schildklierhormoon produceert, of een tekort aan insuline, waardoor suikerziekte kan ontstaan.

De bekendste stresshormonen zijn adrenaline en cortisol. Ze worden geproduceerd in de bijnieren, daartoe aangezet vanuit de hersenen. Wetenschappers denken dat de amygdala, het centrum van de emoties in ons brein, hierin een cruciale rol speelt. Op het moment dat daar een alarmsignaal afgaat volgt de productie van adrenaline en cortisol, met uiteenlopende gevolgen in het hele lichaam. Dat zijn in de eerste plaats gewenste effecten, want door de zogenaamde vecht-of-vluchtreactie worden we alerter en nemen onze kansen om in een bedreigende situatie te overleven toe. De hartslag stijgt, de ademhaling versnelt, pupillen worden wijder, spieren spannen aan en lichaamsfuncties die op dat moment niet relevant zijn om te overleven, zoals de spijsvertering, gaan in de slaapstand. In normale omstandigheden duurt dit niet al te lang en wordt de productie van de stresshormonen ook weer snel gestaakt. Kortdurende stressreacties zijn voor ons systeem eerder nuttig dan hinderlijk. Zo is het immuunsysteem erbij gebaat om af en toe op deze manier geprikkeld te worden. Onderzoeken hebben zelfs aangetoond dat de wondgenezing bij nerveuze mensen sneller verloopt.

De problemen ontstaan op het moment dat de productie van met name cortisol niet goed stop wordt gezet. Adrenaline is veel vluchtiger en heeft minder impact. Op het moment dat er te veel cortisol in het lichaam aanwezig is kunnen zich allerlei ongewenste verschijnselen voordoen. Op het

niveau van de hersenen zie je dat mensen met te veel stress (cortisol) angstiger en impulsiever worden en dat de werking van het geheugen vermindert. Stress veroorzaakt hoge bloeddruk en die leidt tot een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Doordat er te veel glucose in het bloed komt moet er meer insuline worden geproduceerd. En dat vormt weer een risico op het ontstaan van diabetes. Ook neemt de hoeveelheid buikvet toe en gaat het immuunsysteem minder goed werken, met een verhoogd risico op infectieziekten als gevolg. Dat is dan weer in tegenspraak met de snellere wondgenezing bij nerveuze mensen, en geeft daarmee precies aan hoe gevoelig de juiste balans ligt.

Hoewel het onderzoekstechnisch vrijwel onmogelijk is om er hard bewijs voor te leveren hebben veel professionals op de werkvloer van de gezondheidszorg de stellige overtuiging dat het aantal stressgerelateerde klachten gestaag toeneemt. Dat te veel stress (lees: cortisol) zich op zo veel verschillende manieren kan manifesteren maakt het er niet overzichtelijker op. De één belandt met een hartinfarct bij een cardioloog, de ander met een vreemde infectieziekte bij een internist en een derde belandt in de GGZ met een depressie, burn-out of angststoornis. Hoewel er in de wetenschap nog wel debat gaande is over de causale relatie tussen overmatige stress en kanker, is het aannemelijk dat er ook bij het ontstaan van veel kwaadaardige aandoeningen een niet te negeren negatieve rol is weggelegd voor cortisol.

De moderne westerse samenleving staat de komende decennia voor een enorme uitdaging. We zullen onder ogen moeten zien dat onze veranderde leefwijze gepaard gaat met een aanmerkelijk verhoogd risico op een ziekmakende ontregeling van ons stress-systeem. Dat vraagt niet alleen om meer bewustwording, maar ook om expliciete aandacht

voor het tegengaan en minimaliseren van stress. Door rust te nemen na hard werken, door jezelf niet meer prikkels toe te dienen dan goed voor je is en de tijd te nemen om belangrijke of heftige gebeurtenissen te verwerken. Het is geen pleidooi tegen inspanning, maar wel voor ontspanning. Pas als we voldoende rust gaan nemen en ook voldoende activiteiten ontplooiën die ons stress-systeem weer kalmeren, zal er minder stressgerelateerde ellende optreden.

In 2011 had 13% van de Nederlandse werknemers, ofwel 900.000 mensen, burn-outklachten. De kosten van werkstress worden geschat op 4 miljard euro per jaar. Ruim 400 mensen sterven per jaar aan hart- en vaatziekten door stress en 200 werknemers plegen zelfmoord door psychosociale werkproblemen (bron: diverse hoogleraren met specialisme op het terrein van stress, geciteerd in bijlage Wetenschap, Volkskrant 24 augustus 2013). Dat is onacceptabel en een verdere toename kunnen we ons moreel en financieel niet veroorloven.

Deel 3

DOKTERS

Diagnose

Een diagnose is het product van consensusvorming. Dat is niet van vandaag of gisteren, maar zo oud als de geneeskunde.

Een man valt voorover van zijn fiets en landt op zijn schouder. Hij heeft vreselijk veel pijn en laat zich naar de Spoedeisende Hulp brengen. Daar wordt hij onderzocht door een arts, die ook nog een röntgenfoto van zijn schouder laat maken. Op de foto is duidelijk te zien dat er een breuk in het sleutelbeen zit. De medische diagnose: een fractuur van de clavicula. Meestal wordt er stilzwijgend van uitgegaan dat het stellen van een diagnose is voorbehouden aan een arts.

Toch is dat niet vanzelfsprekend. Een gespecialiseerde psycholoog kan ook een psychiatrische diagnose stellen bijvoorbeeld. En veel fysiotherapeuten zijn bekwaam dan de gemiddelde huisarts in het vaststellen van letsel aan een meniscus in de knie. Als de man uit het voorbeeld een profwielrenner was en de val vond plaats tijdens een rechtstreekse televisie-uitzending, dan zou de commentator ook hebben kunnen roepen: 'Volgens mij heeft hij zijn sleutelbeen gebroken.' Een diagnose is dat nog niet, ook niet als naderhand blijkt dat de verslaggever het bij het rechte eind had. Zelfs als het commentaar van een arts afkomstig

zou zijn, was de term diagnose nog niet van toepassing. Er zijn namelijk duidelijke richtlijnen die artsen hanteren bij het stellen van een medische diagnose. Maar daarover later meer.

De man die van de fiets viel had ook een bejaarde alcoholist kunnen zijn, die ten val kwam omdat hij laveloos was. Je kunt nu de principiële vraag stellen of er een wezenlijk onderscheid bestaat tussen het gebroken sleutelbeen van een topfite prof fietser en dat van een oude man met een drankprobleem. De chirurg die moet besluiten of hij een operatie noodzakelijk acht zal zich waarschijnlijk eerst en vooral baseren op het beeld van de breuk op de foto. Of het alcoholprobleem wordt vastgesteld en of daar gerichte actie op wordt ondernomen is nog maar de vraag. Terwijl de stelling te verdedigen is dat de botbreuk feitelijk een complicatie is van het drankprobleem.

Hippocrates stelde al heel lang geleden dat het belangrijker is om te weten wat voor iemand een ziekte heeft dan te weten wat voor ziekte iemand heeft. Dat is uiteraard discutabel, maar het kan niet betwist worden dat de focus in de moderne westerse geneeskunde juist op de diagnose ligt en veel minder op het individu daarachter. Dit is te verdedigen zolang het om ondubbelzinnig gedefinieerde ziektebeelden gaat en de invloed van het specifieke individu en zijn sociale status en culturele achtergrond er niet toe doen. Wat dat betreft is een gebroken bot een goed voorbeeld. Maar op het moment dat er meer discussie mogelijk is rond een bepaalde diagnose, zal het gewicht van de zogenaamde omgevingsvariabelen toenemen. Dat geldt bijvoorbeeld al voor een veronderstelde 'harde' diagnose als suikerziekte (diabetes). Wanneer spreken we van diabetes en hoe onderscheiden we de verschillende types van elkaar? Welke bloedsuikerwaarde beschouwen

we als abnormaal en nemen we een nuchtere waarde of een meting op een willekeurig moment? Moeten er hoe dan ook al klachten zijn om van een ziekte te kunnen spreken? Of is er hiervoor eerst schade aan het lichaam vereist? Is een laboratoriumonderzoek voldoende of moet een arts een compleet onderzoek verrichten?

Een diagnose is het product van consensusvorming. Dat is niet van vandaag of gisteren, maar zo oud als de geneeskunde. In de visie op de diagnose liggen allerlei opvattingen besloten, waarvan we ons vaak niet bewust zijn; de zorgprofessionals die ermee werken evenmin. Talloze medewerkers in de GGZ hanteren het DSM-systeem alsof het de werkelijkheid beschrijft. Maar dit beperkt zich niet tot psychische stoornissen. Denk bijvoorbeeld aan de discussies rond uiteenlopende beroepsziekten, zoals asbestlongen, of hersenbeschadiging bij schilders. Allereerst dient men het eens te zijn over het causale verband en dan volgt nog de vraag welke ziekteverschijnselen wel of niet deel uitmaken van de diagnose.

Een voorbeeld van zo'n omstreden ziekte is het *aerotoxisch* syndroom. Piloten en ander luchtvaartpersoneel zouden serieuze gezondheidsklachten kunnen oplopen door het inademen van vervuilde cabinelucht en dit zou zich onder meer kunnen uiten in de vorm van cognitieve problemen, duizeligheid, desoriëntatie, misselijkheid, ademhalingsmoeilijkheden en neurologische problemen.

Op het moment dat dit mogelijke causale verband niet wordt gelegd, wordt ontkend, of domweg niet bekend is, volgen er andere medische onderzoeken en vervolgstappen dan wanneer men besluit dat het causale verband er wel is. Dat dit uiteindelijk ook gevolgen heeft voor het al dan niet behandelen en de manier waarop dit gebeurt is evident. Het

is een voorbeeld dat laat zien hoe belangrijk een diagnose is,
maar ook hoe relatief.

Behandeling

In het huidige tijdsgewricht lijkt de balans omgeslagen in de richting van te veel onnodige actie en te weinig vertrouwen in natuurlijk herstel.

‘Primum non nocere’ is een zeer oud adagium in de geneeskunde. Het betekent letterlijk: ten eerste geen kwaad doen. Heel lang waren dit standaardzinnen in het hoofd van iedere dokter, die ze gedurende zijn opleiding met de papepel kreeg ingegoten. De bedoeling was om ze terughoudend te laten zijn met het doen van medische ingrepen, omdat deze nooit alleen verbetering betekenen maar altijd ook ongewenste neveneffecten hebben, of in ieder geval het risico daarop.

Er lijkt echter een kentering gaande te zijn. Niet alleen artsen maar ook patiënten lijken steeds meer moeite te hebben om geduldig het verloop van een ziekte af te wachten. Er is bij velen de neiging om een kuurtje met antibiotica aan de dokter te vragen als men een paar dagen koorts heeft. En er zijn (te) veel artsen die hier hun medewerking aan verlenen, zelfs als ze wel weten dat er geen sprake is van een bacteriële infectie, want de meeste koorts is het gevolg van een virale infectie en daarbij helpen antibiotica niet. Het ongeduld leidt ook niet tot betere

uitkomsten, want de gemiddelde ziekteduur wordt niet of nauwelijks verkort door het gebruik van antibiotica, terwijl er serieuze risico's aan zijn verbonden, zoals de steeds verder oprukkende resistente bacteriën.

Een van de grootste kwaliteiten van een huisarts is het vermogen om goed in te schatten of er moet worden ingegrepen of dat men het verloop van een bepaalde gezondheidsklacht nog wel even kan aanzien. Door niet iedere patiënt direct door te verwijzen naar een specialist doet de huisarts zeer belangrijk werk. En bespaart hij de samenleving enorm veel onnodige kosten. In de praktijk verwijst de huisarts slechts een heel gering percentage van de mensen die het spreekuur bezoeken door naar een specialist. En ook met het voorschrijven van medicatie is de arts gelukkig nog altijd terughoudend. Zeker in vergelijking met landen in Zuid-Europa, waar artsen hun status lijken te ontlenen aan het aantal medicamenten dat ze voorschrijven.

Het is moeilijk om betrouwbaar vast te stellen of huisartsen heden ten dage veel sneller doorverwijzen dan enkele decennia terug. Dat heeft voor een belangrijk deel te maken met de toegenomen mogelijkheden om buiten de huisarts om een specialist te consulteren. Plastische chirurgie wordt vaker niet dan wel vergoed en als je het toch zelf moet betalen kun je de huisarts vaak overslaan. Maar ook los van de eventuele dekking door de ziektekostenverzekeraar is er vermoedelijk een toename van doorverwijzingen door de huisarts. En die heeft alles te maken met de toegenomen assertiviteit van patiënten, die steeds minder vaak genoegen nemen met het goedbedoelde advies om het nog even aan te zien.

Daarbij komt nog de angst bij dokters om iets over het hoofd te zien en daar vervolgens op aangesproken te

worden. Hoewel iedere dokter zich realiseert dat het vak een behoorlijke mate van onzekerheid met zich meebrengt, domweg doordat moeilijk te voorspellen is hoe bepaalde klachten zich zullen ontwikkelen, is er een sterke neiging om alle onzekerheden tot een minimum te beperken. Dus liever bloedonderzoek gedaan en een röntgenfoto gemaakt, dan het risico lopen op een klacht bij het tuchtcollege omdat je een afwijking hebt gemist of verkeerd hebt ingeschat.

Of er ooit onderzoek naar gedaan is weet ik niet, maar ik vermoed dat de gemiddelde huisarts al dan niet bewust toch gevoelig is voor de druk die hij vanuit een patiënt ervaart. Dat betekent dat er op het moment dat er daadwerkelijk druk wordt uitgeoefend waarschijnlijk sneller wordt doorverwezen dan anders. Meer verwijzingen leiden uiteraard ook tot meer behandelingen. Een specialist bewijst zich vooral door wel iets te doen, niet door aan te bevelen om het nog maar even aan te zien. En heel vaak is er ook best iets te doen, al was het maar het verwijderen van oorsmeer. Over dat laatste ontstond rumoer toen bekend werd dat een knoarts meer dan duizend euro had kunnen declareren op het doen van deze simpele verrichting, die natuurlijk prima door de huisarts kan geschieden.

Daarnaast ondervindt de medische specialist eveneens steeds meer druk om een ingreep te doen. Zoals in de casus van een 81-jarige man die zich door de huisarts liet doorverwijzen naar een uroloog omdat hij precies uitgezocht wilde hebben waar zijn plasklachten door veroorzaakt werden. Er volgde veel en duur onderzoek dat uiteindelijk resulteerde in de conclusie dat er kwaadaardige cellen waren aangetroffen in de prostaat. De ongecompliceerde vorm van prostaatanker zou vermoedelijk bij de meerderheid van de 80-plussers worden aangetroffen als ze allemaal zo grondig

zouden worden onderzocht (de ziektekostenverzekeraars en de minister van gezondheidszorg mogen vanwege de kosten duimen dat het nooit zo ver komt). De uroloog legde aan de man in kwestie uit dat deze bevinding wat hem betreft geen reden was om direct te gaan opereren of andersoortige behandeling in te zetten. 'We kunnen de komende maanden kijken hoe het zich ontwikkelt en als er aanwijzingen komen dat er een snel groeiende tumor of uitzaaiingen dreigen te ontstaan, dan grijpen we alsnog in. Maar als u het mij eerlijk vraagt acht ik de kans klein dat dit een levensbedreigende aandoening is. Veel mannen van uw leeftijd lopen hiermee rond zonder het te weten en meestal overlijden ze aan iets anders, zoals een hartaanval, of een andere, veel agressievere vorm van kanker.' De reactie van de man in kwestie, in gezelschap van zijn echtgenote: 'Ik wil dat die kanker uit mijn lichaam wordt gehaald. Als u mij niet opereert laten we het in Duitsland doen en betalen we het zelf wel.' Het is natuurlijk te hopen dat de uroloog in kwestie niet gezwicht is voor dit argument, maar tegelijkertijd is het niet meer dan logisch dat er in twijfelgevallen onder druk van dit soort patiënten eerder wordt besloten tot een operatie; met alle risico's van dien en de kosten die dit met zich meebrengt.

Er bestaat een theoretisch ideaal, dat voor eeuwig een utopie zal zijn, maar dat is geen reden het niet na te streven. Het is de situatie waarin elke verwijzing en elke medische ingreep noodzakelijk is (voor zover dat is vast te stellen) en waarin er geen enkele actie wordt ondernomen zonder dat deze strikt noodzakelijk is. In de wereld van alledag kunnen de meeste mensen prima begrijpen, en accepteren, dat ook een arts soms een fout maakt door niet in te grijpen waar dat wel had gemoeten, of het omgekeerde: een ingreep te doen die overbodig was. Mede door de toegenomen angst

voor fouten zal het aantal gevallen waarin ten onrechte niet werd ingegrepen, geleidelijk zijn afgenomen in de afgelopen decennia. Tegelijkertijd zal er ook een stijging zijn van het aantal ingrepen dat niet per se noodzakelijk was. Met soms serieuze complicaties.

In het huidige tijdsgewricht lijkt de balans te zijn omgeslagen naar te veel onnodige actie en te weinig vertrouwen in natuurlijk herstel. Dat kun je de artsen verwijten en die spelen daar ook zeker een rol in, maar je kunt ook de vraag stellen wat het zegt over ons. Waarom verdragen we onzekerheid zo moeilijk? Waarom willen we zo graag een diagnose met bijbehorende behandeling? Hoe kan het dat we vergeten zijn dat de meeste aandoeningen vanzelf herstellen? En als er soms een diagnose wordt gesteld, zoals in het voorbeeld van de bejaarde man met prostaatkanker, waarom verdragen we dan zo moeilijk dat er een advies van de dokter kan komen om toch niet direct te behandelen maar eerst eens even het verloop af te wachten?

Door de technologie staan ons vele mogelijkheden ter beschikking om aandoeningen te lijf te gaan, maar of dat nu ook betekent dat we overal direct met een medische ingreep bovenop moeten duiken? 'De tijd heelt alle wonden,' zei mijn oma altijd graag. Het zal toch niet zo zijn dat deze uitdrukking nergens meer op slaat?

Beeldvormend onderzoek

Het maken van dure foto's bij wijze van geruststelling is een soort bezweringsritueel, waarmee patiënt en dokter het noodlot lijken te willen afweren.

Al vele jaren geleden begreep ik van een collega die gespecialiseerd is in rugklachten, dat het weinig zin heeft om bij zulke klachten röntgenfoto's of ingewikkelde scans te laten maken. Allereerst omdat het verband tussen de mogelijke afwijking op een foto en de ernst van de gerapporteerde klachten eigenlijk geheel ontbreekt. Er zijn mensen met ondraaglijke rugpijn, waarbij op een foto of scan slechts minimale afwijkingen te vinden zijn. En er zijn mensen die niet eens zo heel veel klachten hebben, maar wel imposante afwijkingen. Volgens mijn collega zijn zelfs bij mensen zonder klachten soms serieuze afwijkingen op foto's te zien. En de vraag is dan natuurlijk ook direct: wil je dat weten als je nergens last van hebt (zolang het niet gaat om een levensbedreigende tumor)? De meeste mensen zitten daar niet op te wachten, is mijn veronderstelling.

Als het bovenstaande voor ruggen geldt, dan is het vast ook van toepassing op hersenen dacht ik vervolgens. Om daarmee dan ook maar direct te besluiten zeer terughoudend te zijn met het aanvragen van dit type

onderzoek, onder professionals meestal aangeduid als ‘beeldvormend onderzoek’. Dat is overigens geheel in lijn met de artsenopleiding die ik heb gehad. Ik herinner me hoe ik bij herhaling te horen kreeg dat een diagnose voor zo’n negentig procent wordt gedestilleerd uit het gesprek met een patiënt over zijn klachten. Deze anamnese is het belangrijkste wat een arts moet beheersen. Als je niet de goede vragen weet te stellen kom je nooit bij het alles omvattende antwoord, oftewel de medische diagnose. Na de anamnese volgt in principe altijd een lichamenlijk onderzoek. Daarbij wordt de hypothese die tijdens de anamnese is gevormd, getoetst. En soms levert dit aanvullende bevindingen op die (mede) bepalend zijn voor de uiteindelijke diagnose.

Naast de anamnese en het lichamenlijk onderzoek kan een dokter eventueel ook nog besluiten tot zogenaamd aanvullend onderzoek. Dit kan bloedonderzoek zijn, maar ook een foto; volgens mijn leermeesters alleen op indicatie. Een voorbeeld van zo’n indicatie kan zijn dat je het verhaal toch niet rond krijgt met een uitgebreide anamnese en een lichamenlijk onderzoek. Daar zijn talloze voorbeelden van bekend en soms gaat het dan om gruwelijke verhalen over tumoren die niet ontdekt werden. Zo’n verhaal krijgt vervolgens veel aandacht en zingt al snel overal rond. Waarbij meestal wordt vergeten dat in de overgrote meerderheid van de ziektegevallen de ziekte juist goed afloopt met enkel een anamnese en een lichamenlijk onderzoek als basis voor de diagnose en bijbehorende behandeling, of voor het besluit het verloop van de kwaal nog even aan te zien.

De beeldvormende onderzoeken spelen een belangrijke rol in de oplopende kosten binnen de gezondheidszorg. Dat heeft alles te maken met de business die eraan vasthangt. Veel (para)medici verdienen er hun brood mee, maar ook

ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de producenten van deze apparatuur zijn er financieel bij gebaat. Voeg daarbij de toegenomen assertiviteit van de patiënt, die steeds vaker foto's eist om de verkeerde redenen ('bij mijn buurman hebben ze ook een MRI-scan gemaakt'), en je begrijpt het klimaat waarin dit volledig uit de hand heeft kunnen lopen. Er zijn inmiddels commerciële partijen die scans verkopen zonder dat er sprake is van een indicatie voor dergelijk onderzoek. Als je betaalt mag je in de scan, of je klachten hebt speelt daarbij geen enkele rol meer. En zo betalen steeds meer mensen serieuze bedragen om zichzelf gerust te laten stellen. Zelfs werkgevers gaan er regelmatig in mee, waarschijnlijk in de hoop daarmee belangrijke of schaarse werknemers langer aan zich te binden.

'Als er op een scan niets te zien is ben ik dus gezond,' is vaak de redenering van de mensen die zich melden voor een zogenaamde total body scan. Dat dit een misvatting is zal iedere dokter beamen. Daarom kwam er uit die hoek ook veel kritiek toen minister Schippers liet weten te overwegen om dit type onderzoek ook in Nederland toe te laten (nu gaan de meeste mensen even de grens met Duitsland over voor zo'n onderzoek). Een scan zonder afwijkingen heeft maar een beperkte betekenis. Morgen, over een week, of over een maand kan alles er anders uitzien. De meeste vormen van kanker zijn al heel lang in het lichaam aanwezig, voordat er op een foto een tumor waarneembaar is. En op een scan is niet af te lezen dat je misschien morgen wel een hartinfarct krijgt. De stress die daarbij vaak een rol speelt is niet aantoonbaar op een scan. Een groot bezwaar van de meeste foto's is dat ze een momentopname vormen en geen functionele informatie verschaffen. Als je weet hoe iemands nieren eruitzien weet je daarmee nog niet hoe ze werken.

Zo is ook het stellen van een diagnose een dynamisch proces, waarbij je soms tijd nodig hebt om het verhaal rond te maken. Vandaag gaan we uit van een verkoudheid, maar als het over een week alleen maar erger is geworden en de patiënt hoest groen slijm (sputum) op, dan is er wellicht toch sprake van een longontsteking (pneumonie). Veel mensen zijn bang voor enge ziekten. Dit kan abnormale proporties aannemen en het leven van iemand volledig in beslag nemen. Die kwaal heet hypochondrie (ziektevrees). Als je iemand die ergens in zijn lichaam een vreemd knobbeltje meent te voelen doorverwijst voor nader onderzoek dan bevestig je daarmee zijn angst dat het misschien wel om een enge ziekte gaat. Terwijl de meeste patiënten veel meer gebaat zijn bij een dokter die ze geruststelt. Mensen met hypochondrie behandel je bij voorkeur met cognitieve gedragstherapie, niet met onderzoeken. Omdat de meeste kwalen nu eenmaal vanzelf overgaan is geruststelling vaak het beste wat een medicus kan bieden.

In juni 2013 las ik over een interessant onderzoek dat op het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam was uitgevoerd. Men had gekeken of het maken van een dure MRI-scan veel toevoegt bij het stellen van de diagnose dementie. De uitkomst van het onderzoek was dat je net zo goed een geheugentest van twintig minuten kunt afnemen, omdat deze evenveel voorspellende waarde heeft, een stuk goedkoper is en veel minder belastend voor de patiënt. Waarom we zo'n scan dan toch doen? Omdat er altijd mensen zijn die verwijzen naar die ene keer toen het toch geen dementie was maar een hersentumor die ook nog eens operabel bleek. Zo geschiedde ook weer in de commentaren die in dit artikel werden geleverd door een medisch specialist op dit terrein, die wel voorstander was van laagdrempelig

scannen. De vraag blijft of in het geval van de (zeldzame) uitzondering een grondige anamnese en lichamelijk onderzoek niet voldoende twijfel aan de diagnose dementie hadden kunnen opleveren, om daarna 'dus maar' te besluiten tot een MRI-scan. Want in dat scenario is geen weldenkend mens tegen een scan. Maar om het nu standaard te doen, zonder dat het betekenis heeft voor de diagnose of de keuze voor een bepaalde behandeling? We kunnen het geld in de zorg wel beter besteden.

Of een onderzoek waarin het belang van scans sterk wordt gerelativeerd de gang van zaken in de praktijk zal veranderen is nog maar de vraag. Maar hopelijk draagt het wel bij aan het relativeren van het belang van medische beeldvorming waar omheen een imago van 'hippe plaatjes' dreigt te ontstaan, zowel bij de dokters als de patiënten. En dan nog iets pijnlijks: als je niet bij iedere patiënt alle mogelijke onderzoeken verricht, dan is er altijd een kans op het missen van een diagnose. Zelfs als je wel alles hebt ingezet kan het nog misgaan. Dat zijn de beperkingen van de moderne geneeskunde. Niet fijn, maar wel onontkoombaar. Op het moment dat we ons realiseren dat de moderne geneeskunde ook anno 2013 nog niet perfect is en we kunnen dit accepteren, dan accepteren we eerder dat er soms mensen onnodig doodgaan. Maar zo is het in het hele leven. Dat er slachtoffers vallen in het verkeer wil ook niemand, maar dit is wel de realiteit. Goede bedoelingen helpen niet bij het terugdringen van het aantal zelfmoorden en er komen ieder jaar meer en ook nog eens vaak jonge kankerpatiënten bij. Niemand vindt het leuk, maar we moeten het maar accepteren. Het leven is niet perfect, en de geneeskunde ook niet.

‘De opleiding tot arts is een training in het verdragen van onzekerheid,’ zei arts en antropoloog Ivan Wolffers eens tegen me. Het maken van dure foto’s bij wijze van geruststelling is een soort bezweringsritueel, waarmee patiënt en dokter het noodlot lijken willen af te weren. *Dream on*, maar wees je als arts ondertussen ook bewust van de enorme kosten die met het creëren van deze schijnzekerheid gepaard gaan.

Evidence based medicine

De meest gemaakte denkfout onder wetenschappers is naar mijn idee dat ze iedere behandeling waarvoor wetenschappelijk bewijs ontbreekt afserveren als 'niet werkzaam'.

De westerse geneeskunde is gebaseerd op wetenschappelijke principes. Daar zal geen weldenkend mens bezwaar tegen hebben, omdat deze benadering van gezondheid en ziekte zonder enige twijfel de meest rationele is. Als een behandeling onder gecontroleerde omstandigheden significant betere resultaten oplevert dan niet-behandelen of een placebo-behandeling dan mag die behandeling worden beschouwd als *evidence based*. Zeker als in de onderzoeksopzet ook nog werd ingebouwd dat de patiënt en de onderzoeker niet op de hoogte waren van de behandeling die werd gebruikt in ieder individueel geval. Mensen worden dan bijvoorbeeld door middel van loting verdeeld in twee groepen: een groep die een actief geneesmiddel krijgt en een groep die een placebo gaat gebruiken. Zo'n onderzoek heet in vakjargon een 'dubbelblinde, placebogecontroleerde RCT' (*Randomised Clinical Trial*).

Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat er meerdere, soms zelfs tientallen, van dergelijke studies

zijn gedaan en dat in de meerderheid van de gevallen het betreffende middel beter werkte dan een placebo. Ook voor andersoortige behandelingen worden deze spelregels gehanteerd. Een specifieke vorm van psychotherapie wordt dan vergeleken met een aspecifieke ‘therapie’, zoals een gesprek waarin over (klein)kinderen of huisdieren wordt gepraat, zonder in te gaan op de rol van bepaalde gezondheidsklachten in iemands leven. Dit wordt ook wel een ‘aandachtplacebo’ genoemd.

Iets minder elegant, maar niet geheel ongebruikelijk, is het vergelijken van een groep mensen die een actieve behandeling krijgt met een groep die op een wachtlijst staat. In dit geval is er niet echt meer sprake van patiënten die niet weten in welke conditie ze zitten. En vaak krijgen de mensen die op de wachtlijst stonden hierna alsnog de behandeling en wordt het effect daarvan ook keurig doorgemeten.

Zonder te willen tornen aan de principes van evidence based medicine (EBM) zijn er wel forse kanttekeningen bij te plaatsen. Mensen die heel sterk geloven in wetenschap horen dit meestal liever niet, maar het is een realiteit dat ook wetenschap vele kenmerken heeft van een geloof. Persoonlijk ken ik geen beter model dan het wetenschappelijke, maar niet alle natuurlijke fenomenen zijn ermee te verklaren. Zo ontbreekt ieder wetenschappelijk bewijs voor het bestaan van God, maar zijn er zo veel gelovigen dat je geloof niet kunt afdoen als onzin omdat niet bewezen is dat God bestaat. Bewijs ontbreekt, maar gezien het aantal gelovigen moet er wellicht toch rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat er meer is tussen hemel en aarde. Wat dat ook mag zijn, er is een serieuze kans dat de wetenschap het nooit gaat ophelderen.

De meest gemaakte denkfout onder wetenschappers is naar mijn idee dat ze iedere behandeling waarvoor wetenschappelijk bewijs ontbreekt afserveren als 'niet werkzaam'. Een van de belangrijkste argumenten waarom dit niet deugt is gelegen in het feit dat behandelstudies groepen vergelijken en geen individuele patiënten. Als er op groepsniveau geen verschil aantoonbaar is tussen een bepaald medicijn en een placebopil, dan betekent dit niet dat het medicijn bij sommige mensen niet heel goed heeft kunnen helpen. De groepsgemiddelden verschillen dan weliswaar niet, maar dat zegt per definitie nog maar weinig over de individuen. Soms knappen mensen ook heel erg op van een placebo. En ook kan het zijn dat er sprake is van een zeer specifiek werkingsmechanisme dat slechts bij een subcategorie aantoonbaar is.

Een ander voorbeeld ter relativering van de groepsgemiddelden is de overlevingsduur bij een bepaalde vorm van kanker. Als je weet dat na vijf jaar nog zestig procent van de mensen die deze diagnose kregen in leven is, betekent dat nog alles behalve dat ieder individu uit deze categorie zestig procent kans heeft om over vijf jaar nog in leven te zijn. Er zijn talloze variabelen die medebepalend zijn voor de prognose en die zitten verstopt in het groepsgemiddelde. Denk aan algehele lichamelijke conditie, voedingsgewoonten, burgerlijke staat, werk, roken, stressniveau et cetera. Alleen daarom al is het jammer dat de zogenaamde gevalsbeschrijving in wetenschappelijke vakbladen aan populariteit heeft ingeboet. Want ook door heel goed te kijken naar een individueel ziektegeval kun je al veel ontdekken. Dat Freud zijn hele werk op gevalsbeschrijvingen (in jargon: casuïstiek) baseerde en dat de psychoanalyse uit de gratie raakte vanwege het

ontbreken van evidence zijn verwante feiten, maar daarmee niet identiek. De methode van Freud zou juist onder wetenschappers wel wat meer navolging verdienen.

Een volgend groot probleem rond EBM is de partijdigheid die erachter schuilgaat. Machtige en rijke partijen als farmaceutische firma's kunnen tot op grote hoogte evidence kopen: ze financieren de studies, hebben veel invloed op de opzet van het onderzoek en hebben soms ook nog wetenschappers onder controle. Want zonder steun van de industrie is medisch onderzoek niet of nauwelijks mogelijk. Dit betekent dat sommige interventies (onderzoekjargon voor behandelingen) vele malen beter zijn onderzocht dan andere. Zonder dat daarmee op voorhand is bewezen dat die andere interventies minder kansrijk zijn. Een voorbeeld waar ik zelf regelmatig mee in aanraking kom: antidepressiva zijn goed onderzocht voor heel veel uiteenlopende psychische stoornissen. Naast depressies kunnen ook diverse angststoornissen (paniekstoornis, sociale fobie, posttraumatische stressstoornis ofwel PTSS) en eetstoornissen (boulimia) 'evidence based' worden behandeld met een middel als Prozac of Seroxat (paroxetine). Er zijn zelfs indicatiegebieden onderzocht als premenstruele dysforie (stemmingsklachten die verband houden met de menstruatiecyclus) en onverklaarbare pijnklachten. Maar deze studies werden in overgrote meerderheid gefinancierd door geneesmiddelenproducenten die hiermee vooral hun marktaandeel wilden vergroten.

Runningtherapie, het inzetten van gedoseerde duursport teneinde psychische klachten te verminderen, is bewezen werkzaam bij depressieve klachten (in plaats van hardlopen kun je trouwens ook wielrennen, roeien of een andere cardiosport doen). Maar er is nauwelijks bewijs dat het

ook werkzaam is bij angstklachten. Theoretisch is dat zeer waarschijnlijk, ook vanuit het werkingsmechanisme dat uit proefdieronderzoek voor een groot deel bekend is geworden. Maar wie gaat dit onderzoek betalen? Behandelstudies zijn extreem kostbaar, een beetje serieuze studie kost al snel enkele honderdduizenden euro's. De fabrikanten van sportschoenen verdienen te weinig aan een paar hardloopschoenen om het voor hen aantrekkelijk te maken dit te financieren. De relatief kleine groep klanten met een psychische stoornis is bovendien niet echt geschikt voor grootschalige reclamecampagnes. Nike en Adidas worden graag geassocieerd met gezonde, mooie en jonge mensen, niet met depressieve mensen van middelbare leeftijd die ook nog eens overgewicht hebben.

Dit soort factoren spelen mee op de achtergrond en verklaren waarom runningtherapie niet zo goed is onderzocht als medicatie, terwijl het minstens even goed zou kunnen werken. Zeker als je bedenkt dat gebrek aan lichaamsbeweging een factor van belang is bij het ontstaan van de meeste ziekten, met inbegrip van de psychische stoornissen.

Er zijn nog meer van dergelijke voorbeelden te noemen, zoals bijvoorbeeld het beïnvloeden van de eetgewoonten om klachten te verhelpen, of yoga, meditatie en simpele ademhalingsoefeningen, maar de moraal van het verhaal is hopelijk duidelijk: bij de behandelingen die wetenschappelijk worden onderzocht is sprake van forse selectie vooraf.

Ook is het van belang om je te realiseren dat veel behandelonderzoek zich beperkt tot de korte termijn. Iemand wordt een aantal maanden met een medicijn behandeld en bij de laatste meting stopt het onderzoek. Wat er daarna gebeurt is echter ook belangrijk: is iemand ook

na het stoppen met de medicatie nog altijd beter af? Blijft de vooruitgang behouden? Of is er met het voorschrijven van een duur geneesmiddel op de lange termijn misschien niet zo heel veel winst behaald, in gezondheid en geld? De farmaceutische industrie financiert om begrijpelijke redenen het onderzoek naar de langetermijneffecten van het gebruik van haar producten niet, maar de samenleving (en met name de patiënt die een bepaald medicijn krijgt voorgeschreven) heeft er wel een groot belang bij om daar vooraf iets over te weten. Uit het relatief schaarse onderzoek naar het langetermijneffect van populaire middelen als antidepressiva en adhd-middelen (psychostimulantia als Ritalin en Concerta) is inmiddels duidelijk dat het toch niet de wondermiddelen

Ook onderzoek naar de schadelijke neveneffecten van geneesmiddelen is relatief schaars omdat de financiering ontbreekt. Zo hebben veel mensen gemeld dat ze averechts reageerden op een antidepressivum: ze raakten ernstig verward, of kregen de neiging zichzelf of mensen in hun omgeving iets aan te doen. Artsen die met dit soort meldingen worden geconfronteerd staken meestal de behandeling, maar op voorhand wordt weinig rekening gehouden met de mogelijkheid dat iemand zelfmoord pleegt of een moord begaat doordat er weinig over bekend is en er ook weinig aandacht voor is. Overigens toonde de Radboud Universiteit onlangs middels een elegant onderzoek aan dat het gebruik van een veel voorgeschreven antidepressivum een belangrijke rol had gespeeld bij een man die veroordeeld was voor moord.

Als je los hiervan nog de invloed van commerciële partijen op de diagnostiek van allerlei stoornissen meeneemt (lees in dit verband het boek van Allen Frances, die uitlegt dat psychische stoornissen niet worden ontdekt, maar uitgevonden) dan begrijp je hoe vertekend het wetenschappelijk onderzoek vaak is.

Een eveneens belangrijk punt betreft het werkingsmechanisme van een bepaalde interventie. Dat een behandeling beter is dan een placebo zegt nog helemaal niets over de manier waarop die uitkomst verklaard kan worden. Antidepressiva worden tot op de dag van vandaag verkocht als middelen die een verstoorde serotoninebalans herstellen, maar iedere insider weet dat het effect niet zo simpel is te verklaren. Waarom werken ze bijvoorbeeld pas na vier of zes weken, terwijl je de bijwerkingen vanaf de allereerste dag dat je ze slikt al ervaart?

Dit geldt overigens niet alleen voor medicijnen. Een van de best gedocumenteerde behandelingen van trauma is EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Het wordt veel ingezet bij de behandeling van PTSS en vaak met verbluffend goede resultaten, maar de wetenschappers zijn twintig jaar na de introductie nog altijd niet klaar met het ontrafelen van het werkingsmechanisme. Kortom: zelfs als er wetenschappelijk bewijs is voor een bepaalde behandeling ontbreekt vaak nog de verklaring waarom het goed werkt. Dat is helemaal niet erg, zolang het tenminste aanleiding is om verder te zoeken. Van het placebo-effect is onderhand ook bekend dat het veranderingen in het brein kan veroorzaken. Maar waarom de ene persoon uitstekend reageert op een placebo en een ander helemaal niet, is iets wat beslist interessant is voor nader onderzoek. Maar wie gaat dat financieren?

Op zichzelf is het streven naar EBM natuurlijk prijzenswaardig. Tegelijkertijd dwingt enige realiteitszin ons te erkennen dat heel veel van de handelingen in de gezondheidszorg op geen enkele ratio zijn gebaseerd. Neem bijvoorbeeld de aanvullende onderzoeken die te pas en te onpas worden aangevraagd door artsen. Vaak is de enige reden het geruststellen van de patiënt of het wegnemen van eigen onzekerheden. Zonder te ontkennen dat er onzekere artsen en patiënten bestaan, is dit vast niet de enige manier om met twijfel om te gaan.

Soms wordt er door aanhangers van de reguliere westerse geneeskunde fel geageerd tegen ‘alternatieve’ behandelingen. Bij sommige mensen leidt enkel het woordje ‘alternatief’ al tot woedeaanvallen. Maar als acupunctuur echt totale onzin is, waarom wordt het in de oosterse geneeskunde dan al zo lang gebruikt? Waar nog blijkt dat die vorm van geneeskunde een veel langere historie heeft dan onze westerse benadering van ziekte en gezondheid.

Ook al hopen we met een wetenschappelijke benadering ooit alle raadselen rond ziekte en gezondheid op te kunnen lossen, we mogen niet uitsluiten dat het nooit helemaal gaat lukken. Omdat er uiteindelijk geen enkele methode is die geen beperkingen kent, zelfs de wetenschappelijke niet. Dat we snel een andere benadering dan die van de wetenschap zullen krijgen lijkt overigens niet waarschijnlijk. Daarvoor is het wetenschappelijke model veel te succesvol.

Psychologisch onderzoek

Vaak levert een psychologisch onderzoek informatie die je als behandelaar nog niet had, maar die wel relevant is.

Een van de populairste slogans onder de liefhebbers van wetenschappelijk onderzoek luidt: meten is weten. En daar is moeilijk iets tegen in te brengen. Tegelijkertijd zijn er veel mensen die ervoor terugdeinzen om in maat en getal vast te laten stellen wat een bepaalde interventie nu daadwerkelijk oplevert. Het klassieke voorbeeld van een behandeling die jarenlang zeer populair was, maar volstrekt onvoldoende onderbouwd, is de freudiaanse of inzichtgevende psychotherapie. Je kunt daarmee echter niet stellen dat niemand er iets aan had. Ik denk eerder het tegengestelde. Maar bewijs ontbreekt. Als je honderd mensen bij loting verdeelt in twee groepen en je laat de ene helft vijf keer per week een uur tegen een therapeut aan praten terwijl je de andere helft op hetzelfde moment een uur laat wandelen met een hond, waar knap je dan meer van op? En hoe meet je dat?

Een van de belangrijkste redenen dat de psychiatrie, psychologie en psychotherapie nog altijd kampen met een moeizaam imago in vergelijking met medische specialismen als de chirurgie of de oncologie is het gebrek aan bewijsvoering van veel behandelingen. Het 'softe' imago

heeft alles te maken met de grote behoefte die sommige mensen hebben om alles in twijfel te trekken wat er in dit vakgebied gebeurt. Gelukkig heeft men zich daar niet door laten ontmoedigen en de laatste jaren wordt er veel onderzoek gedaan. Daarmee wordt de kloof ten opzichte van andere medische disciplines geleidelijk gedicht.

Een beperking waar vooralsnog niet aan te ontkomen valt is dat er vragenlijsten moeten worden gebruikt om de klachten die iemand heeft van een score te voorzien. Iets wat begrijpelijkerwijs minder meetbaar is dan een afgenomen buisje bloed. Toch is inmiddels wel duidelijk dat vragenlijsten voldoende betrouwbaar zijn om serieus wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen. Iemand kan zo'n lijst oneerlijk invullen, maar dat gebeurt vrij zelden. En er zijn mogelijkheden om vast te stellen of er vals is gespeeld. Bijvoorbeeld door strikvrage in een test te verstoppert. Er zijn twee typen vragenlijsten: de zelfrapportagelijsten en de lijsten die door een beoordelaar worden ingevuld. In de regel zie je dat mensen hun eigen problemen meestal iets ernstiger inschatten dan de beoordelaars. En ook in de beoordeling van de effecten van een behandeling zijn verschillen waarneembaar. Dan zijn de patiënten nogal eens positiever over de resultaten van hun behandeling dan de objectieve buitenstaanders. De beste manier om hier in onderzoek mee om te gaan is natuurlijk door van beide typen vragenlijsten gebruik te maken.

Dan is er nog het belangrijke onderscheid tussen de actuele klachten die iemand kan hebben en zijn persoonlijkheid. Een depressie heeft bij een theatraal persoon vaak een andere gedaante dan bij iemand die zich altijd heel onderdanig en afhankelijk opstelt. Een van de meest terechte richtlijnen bij het gebruik van het

psychiatrische classificatiesysteem DSM vind ik dat je niets over iemands persoonlijkheid mag zeggen alvorens je de psychische stoornis afdoende hebt behandeld (of wanneer deze met of zonder behandeling weer verdwenen is). De kans dat je bij iemand die last heeft van onverwachte angstaanvallen het karakter minder positief beoordeelt dan op het moment dat er in het geheel geen angstklachten zijn, is aanzienlijk. Als je onderzoek wilt doen naar iemands persoonlijkheid, en dat kan om uiteenlopende redenen interessant zijn, dan is het om te beginnen handig om te weten of iemand psychische klachten heeft. Dat kan door de uitkomsten van een klachtenlijst te vergelijken met de zogenaamde referentiescores: hoe scoort iemand in vergelijking met een gemiddelde man of vrouw van dezelfde leeftijd? Als daar geen grote verschillen uitkomen, kun je met enige betrouwbaarheid iets gaan zeggen over het karakter. De informatie die dit oplevert is vervolgens weer heel bruikbaar op het moment dat er problemen ontstaan, omdat je dan een beeld hebt hoe iemand in zijn normale doen functioneert.

Het is belangrijk om geen conclusies te trekken die enkel gebaseerd zijn op een vragenlijst. Bij een goed psychologisch onderzoek hoort altijd een gesprek met een gekwalificeerde professional, die de uitkomsten van de vragenlijsten en de bevindingen uit het gesprek naast elkaar legt. En die op zoek gaat naar een verklaring op het moment dat daar vreemde discrepanties uit naar voren komen.

Psychologische onderzoeken zijn niet populair. Veel mensen zijn bang dat er uit zo'n onderzoek allerlei zaken naar voren kunnen komen die ze niet willen weten, of waar ze zich erg voor zullen gaan schamen. Deze vrees is in de meerderheid van de gevallen onterecht. Meestal herkennen

mensen zichzelf prima in het beeld dat uit een psychologisch onderzoek naar voren komt. Ook onder professionals bestaat soms weerstand om een uitgebreid psychologisch onderzoek te laten verrichten. Het kost veel tijd om het uit te voeren, het is duur en er verstrijken vaak enkele weken of maanden voor je de uitkomsten hebt. En ‘dus’ wordt het vaak overgeslagen – ten onrechte. Heel vaak levert een psychologisch onderzoek relevante informatie die je als behandelaar nog niet had. Een goed voorbeeld betreft de intelligentie. Op grond van een gewoon gesprek kun je daar vaak wel een grove inschatting van maken, maar eerst even bepalen of iemand slim genoeg is om te kunnen profiteren van een psychotherapie is soms wel de moeite. Dit kan uiteindelijk de kosten van een mislukte behandeling helpen besparen.

Veel psychiaters zijn erg overtuigd van hun eigen talent om een goede diagnose te stellen. Maar inmiddels weten we – ook uit onderzoek – al lang dat diagnostiek door middel van het stellen van gestructureerde vragen de meest betrouwbare uitkomsten oplevert. Dan heb je dus meer aan goede vragenlijsten dan twintig jaar praktijkervaring. Met dit gegeven in het achterhoofd zou toch nog eens nagedacht moeten worden over een prominenter plek van het psychologisch onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. Het zou aan betere uitkomsten van de behandelingen kunnen bijdragen en aan het vermijden van weinig kansrijke investeringen.

Medicijnen

Doordat medicijnen heel vaak slechts symptomen onderdrukken is de kans groot dat alle klachten terugkomen op het moment dat je er weer mee stopt.

Er is weinig dat aanhangers van de reguliere geneeskunde en de zogenaamde alternatievelingen zo verdeelt als hun opvattingen over medicijnen. In de westerse geneeskunde kunnen farmaceutische middelen gezien worden als een van de belangrijkste pijlers. Tegelijkertijd ligt juist het gebruik van de vaak peperdure geneesmiddelen doorlopend onder vuur bij criticasters van 'Big Pharma'. Zij zien de schandalen rond geneesmiddelen en hun producenten, die met enige regelmaat opduiken, als een bewijs dat niet de mensen ziek zijn, maar een cultuur waarin geld verdienen het hoogste doel is. Desnoods met producten die de mensheid niet veel goeds doen. Het zijn vaak interessante discussies, waarin beide kampen regelmatig met zinnige argumenten komen.

Uiteindelijk ligt het ook genuanceerd. Op het moment dat iemand aan een ernstige longontsteking lijdt is er bij de meeste mensen weinig weerstand tegen het gebruik van een antibioticum. Dat zo'n middel bij een dergelijke aandoening levensreddend kan zijn weet ongeveer iedere volwassene. Maar wat nu als je met grote regelmaat flink verkouden

bent en de dokter adviseert je iedere keer opnieuw om eens een antibioticakuur te nemen? Het is goed mogelijk dat dit kan helpen, maar tegelijkertijd kom je hier ook al in het grijze gebied, waar je voor- en nadelen tegen elkaar moet afwegen. Als je te snel en te vaak naar de antibiotica grijpt is er kans op het ontstaan van resistentie. Op het moment dat zoiets gebeurt ben je nog verder van huis. Zo is door het veelvuldig gebruik van antibiotica, met name in het zuiden van Europa, de MRSA-bacterie steeds vaker een serieus probleem in ziekenhuizen. Deze bacterie, die ook wel de ziekenhuisbacterie wordt genoemd, is ongevoelig voor bepaalde antibiotica en daarmee veel moeilijker te bestrijden dan een 'gewone' bacterie. In ziekenhuizen moet men hier tegenwoordig serieus rekening mee houden.

Als vertrekpunt voor een conservatief geneesmiddelen-beleid zou je het streven kunnen nemen om alleen medicatie voor te schrijven als het echt niet anders kan. Als het risico op een verkeerde afloop onacceptabel hoog is. Zo kun je best even wachten met het voorschrijven van een antidepressivum aan iemand met somberheidsklachten, maar moet je dat vooral niet doen als het om een depressieve patiënt gaat die zich uiterst suïcidaal presenteert. Er is helaas serieuze verdenking dat veel medicatie wordt voorgeschreven zonder dat er sprake is van een noodzaak. Als je alleen al de verschillen in voorschrijfgedrag tussen Nederlandse en Franse artsen bekijkt, dan weet je dat er een grote culturele component meespeelt in wat er wordt voorgeschreven. In Frankrijk worden veel eerder en ook veel meer medicijnen voorgeschreven, zonder dat het tot veel betere uitkomsten van behandeling leidt.

Veel geneesmiddelen worden geregistreerd nadat ze in een onderzoek beter werkzaam werden bevonden dan

een placebo. Lang niet altijd zijn de verschillen tussen het actieve medicament en het placebo erg duidelijk. En je moet je ook nog realiseren dat ook in het actieve middel een placebo-component bijdraagt aan het effect. Zo weten we uit onderzoek naar behandeling van de ziekte van Parkinson met een placebo, dat ook het gebruik van deze middelen vaak gepaard gaat met een stijging van het dopaminegehalte in het brein. En een tekort aan dopamine is precies datgene waar het bij de ziekte van Parkinson om draait. Hoe dat komt? Het heeft waarschijnlijk met hoop te maken: als je hoopvol bent neemt de dopamineproductie toe en bij sommige placebogebruikers is dat precies wat er gebeurt.

Het grootste bezwaar tegen alle studies waarmee geneesmiddelen worden geregistreerd als middel voor de behandeling van een bepaalde ziekte is dat de looptijd van de onderzoeken vrijwel altijd nogal kort is. Na drie maanden of een halfjaar eindigt de studie en met het verdere verloop van de aandoening houdt men zich meestal niet bezig. Deze praktijk heeft ertoe geleid dat van veel geneesmiddelen onzeker is wat ze op de lange termijn doen. Jaren na hun introductie is er echter wel serieuze verdenking dat het grootschalig voorschrijven van zogenaamde 'blockbuster drugs' als maagzuurremmers, cholesterolverlagende pillen, middelen tegen hoge bloeddruk en antidepressiva misschien toch niet zo succesvol is als aanvankelijk werd gedacht. De firma's die er miljarden aan verdienen malen er niet om, maar er zijn heel veel patiënten die nog dagelijks hinder ondervinden van het gebruik van een pil die ze jaren geleden kregen voorgeschreven door hun huisarts. Juist die dure geneesmiddelen die massaal werden en worden gebruikt zijn vaak onnodig en zeker niet beter werkzaam dan de goedkopere alternatieven. Het is beter om eerst minder

ingrijpende leefstijlveranderingen door te voeren, voordat je medicatie inzet tegen je klachten.

In een cultuur waarin het handelen van artsen zo veel mogelijk 'evidence based' moet zijn, grijpt men al snel naar het receptenblok. Minder ingrijpende alternatieven, die misschien wel net zo goed of zelfs beter zouden kunnen werken worden vaak over het hoofd gezien. En daarmee wordt ook de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt niet gestimuleerd. Als hij een medicijn krijgt voorgeschreven is het niet vreemd dat de patiënt het gevoel heeft er zelf verder niets aan te hoeven doen. Lichaamsbeweging, minder alcohol, minder stress en minimale hoeveelheden zout in het eten zijn voorbeelden van eenvoudige maatregelen die kunnen helpen om een te hoge bloeddruk omlaag te krijgen. Maar hoeveel mensen proberen dat serieus voordat ze aan de medicatie gaan?

Doordat medicijnen heel vaak slechts symptomen onderdrukken, is en blijft de kans groot dat alle klachten terugkomen op het moment dat je er weer mee stopt. Dat wil je natuurlijk niet en hierdoor word je aangemoedigd om de pillen vooral te blijven slikken.

Een laatste bezwaar, hoewel moeilijk hard te maken, betreft het herstelvermogen van het lichaam zelf. Zou een ziekte die is verdwenen door alles wat je er zelf aan hebt gedaan niet langer wegblijven als een kwaal die met pillen onderdrukt is? Voor de antibiotica bij iemand met een longontsteking zal dit niet gelden. Maar wat nu als je bloeddruk is gedaald door je gezonde leefwijze in plaats van door een pil tegen hoge bloeddruk? En hoe groot is de kans op een nieuwe depressie na herstel zonder antidepressiva in vergelijking met dezelfde kwaal die is verdwenen na gebruik van een middel als Prozac?

De farmaceutische industrie gaat langetermijnonderzoek niet financieren, omdat ze er begrijpelijkerwijs geen belang bij heeft. Maar wij moeten het wel willen weten, zodat de keus voor een behandeling met medicijnen veel gefundeerder zal zijn dan nu meestal het geval is.

Deel 4

PATIENTEN

Efficiency

Voor ontspanning geldt hetzelfde als voor inspanning:
concentreer je erop en laat je niet afleiden

Een intrigerend psychologische fenomeen is dat mensen er niet in slagen om bewezen slechte gewoonten op te geven. Blijven roken terwijl je de kans op longkanker kent, doordrinken op momenten dat het onverantwoord is, te veel fastfood en te weinig beweging. En zo kunnen we nog wel even doorgaan.

Steeds meer mensen raken verstrikt in gedrag dat op korte termijn misschien nog wel iets op lijkt te leveren, maar dat soms al na een paar dagen in het tegendeel uitmondt. Als je alleen nog kunt ontspannen door veel wijn te drinken is de prijs een fikse kater, en als je deze gewoonte langdurig volhoudt zijn de gevolgen op termijn nog veel erger dan hoofdpijn.

Een schat aan onderzoek heeft aangetoond dat het weinig zin heeft om veel verschillende dingen tegelijk te doen. Als je geconcentreerd aan één ding tegelijk werkt is het rendement veel groter dan wanneer je tussen het bestuderen van een tekst ook nog e-mails beantwoordt en telefoontjes pleegt. Maar in toenemende mate zien we dat mensen, vooral jonge mensen, moeite hebben zich langdurig

en geconcentreerd bezig te houden met een enkele activiteit. In zijn aanbevelenswaardige boek *Digitale dementie* schrijft de Duitse wetenschapper Manfred Spitzer dat onderzoek uitwijst dat we gemiddeld eens per elf minuten worden onderbroken in ons werk.

Als je efficiënt wilt functioneren, boek je de grootste winst door te zorgen dat je bent uitgerust. Slaaptekort is vreemd genoeg een kwaal die je juist bij hoger opgeleiden treft; mensen die zouden moeten begrijpen dat voldoende slaap een vereiste is om goed te functioneren. Een ander sprekend voorbeeld is het gebruik van beeldschermen in de uren voor het slapen gaan: we weten dat de kwaliteit van het slapen achteruitgaat als je achter de computer zit of televisie kijkt tot aan het moment dat het licht uitgaat. Maar een boek lezen of uitgebreid de liefde bedrijven, ideale voorbereidingen op een goede nachtrust, zijn niet hip meer, of kosten te veel tijd.

Er zijn twee manieren om productiever te worden, of om ten minste je huidige productieniveau te handhaven zonder uit te vallen met een depressie of burn-out. De eerste noemden we al even: concentreer je op één ding tegelijk en doe zo veel mogelijk op de automatische piloot. 'Wees een machine', heet dat in de peptalk van coaches. Alles waar je over na moet denken kost extra energie, zelfs de eenvoudigste beslissingen. Door vaste routines lukt het gemakkelijker om alle energie te richten op het onderwerp dat echt je aandacht nodig heeft. Je laten afleiden heeft een prijs, ook al ben je je daarvan niet bewust. In het eveneens aanbevelenswaardige boek *Wilskracht*, van de bekende Amerikaanse psycholoog Baumeister wordt helder uiteengezet hoe bijvoorbeeld het volgen van een dieet je veel energie kost, doordat je de hele dag eten moet weerstaan

dat zich overal aandient, maar dat je niet mag verorberen; terwijl je wel trek krijgt door alle reclames over eten die de hele dag voorbijkomen. En zo zijn er talloze voorbeelden van energievretend gedrag.

Wat ook helpt is om jezelf per dag niet te veel doelen te stellen. Het is psychologisch veel verstandiger om drie realistische doelen te formuleren en deze te realiseren, dan er wel tien te hebben en op voorhand te weten dat de meeste niet gehaald gaan worden. De frustratie die dat met zich meebrengt vergroot de kans op laat-dan-ook-maar-allemaal-zittengedrag: het gaat dan niet een beetje mis met de goede voornemens, maar echt helemaal. Net als een alcoholist die na maanden zonder drank niet moet denken dat hij ineens wel in staat is tot het drinken van één glaasje (bij de AA zegt men: *one is too many, one thousand not enough*) moet iemand die zichzelf doorlopend eten heeft onthouden om af te vallen niet denken dat een enkel gebakje op zijn tijd geen enkel probleem is. Iets helemaal niet doen kost minder energie dan iets soms wel en dan weer niet te doen. Helaas hebben maar weinig mensen het vermogen om hun eigen gedrag zo radicaal te veranderen.

De tweede manier om productief te blijven klinkt paradoxaal: plan voldoende rustmomenten in. Hierbij gaat het niet enkel om de al eerder genoemde hoeveelheid slaap, maar ook om 'loze' tijd: lanterfanten, lummelen, verveeld voor je uitstaren of doelloos een eindje wandelen. Het gaat ook op bij sporten. Iedereen weet onderhand dat sporten belangrijk is, maar als je er niet voldoende tijd voor vrijmaakt, inclusief voorbereidingstijd en hersteltijd, dan werkt het niet. Om baat te hebben bij beweging moet je ontspannen beginnen en ook de tijd nemen om even af te koelen. In hetzelfde jachtige tempo als alle andere bezigheden werkt

het niet. Als je last hebt van de tachtig uur die je van jezelf iedere week moet werken, dan ga je waarschijnlijk niet opknappen van drie uur sport daarbovenop. Je kunt dan beter drie uur werk vervangen door drie uur nietsdoen.

Voor ontspanning geldt hetzelfde als voor inspanning: concentreer je erop en laat je niet afleiden. Zet het in de agenda en houd je aan de afspraak met jezelf om die ontspanning ook te nemen. Laat je niet verleiden om van je ontspanning af te zien, omdat het werk dat zou vragen. En zorg ook dat er niets binnenkomt op de momenten die je hebt gereserveerd voor ontspanning: sluit je af van de buitenwereld als je gaat sporten, mediteren of de sauna bezoeken. En zet je telefoon uit als je naar bed gaat. Er zijn weinig activiteiten gebaat bij een rinkelende telefoon, zeker niet die tussen de lakens.



Ademhaling

Artsen ontlenen een belangrijk deel van hun status aan het receptenblok. Het simpele advies om eens op de ademhaling te gaan letten past daar psychologisch niet zo goed bij.

Ongeveer twintig jaar geleden deed ik promotieonderzoek naar de behandeling van de paniekstoornis met agorafobie, één van de meest voorkomende angststoornissen uit de psychiatrische classificatiesystemen. Nog niet zo lang daarvoor had men formeel afscheid genomen van de veel bekendere diagnose ‘hyperventilatiesyndroom’, die grotendeels identiek was aan de paniekstoornis. Maar tot op de dag van vandaag is hyperventilatie een begrip dat in het dagelijkse taalgebruik is ingesleten. Zeg tegen een willekeurige volwassene dat je last hebt van hyperventilatie en de meeste mensen zullen begripvol reageren, omdat ze weten dat het om iets heel vervelends gaat. Dat de hyperventilatie-aanval werd omgedoopt in paniekaanval had te maken met wetenschappelijk onderzoek dat geen causaal verband vond tussen het ‘overademen’ en het optreden van een angstaanval. Met andere woorden: sommige mensen worden onverwacht angstig zonder dat er sprake is van hyperventilatie, en er zijn ook mensen die heel regelmatig veel te snel ademen zonder dat ze er ooit angstig door worden.

In mijn promotieonderzoek kregen de mensen twaalf weken lang behandeling met een antidepressivum (paroxetine of clomipramine), cognitieve therapie of een placebopil. Dit gebeurde dubbelblind: zowel de patiënt als de onderzoeker was niet op de hoogte in welke medicatiegroep iemand zat. De uitkomst van het onderzoek was dat iedereen gemiddeld gesproken goed opknapt van de behandeling. Zelfs als deze uit een placebo bestond. De meerderheid raakte een deel van zijn klachten kwijt, waarbij een vermindering met tenminste vijftig procent betekende dat iemand als ‘responder’ (succesvol behandeld) werd beschouwd. Wat echter tegenviel was het aantal mensen dat geheel klachtenvrij werd, dus terugkwam op het niveau van een gezond persoon zonder psychische klachten.

Deze bevinding was niet uniek: in behandelstudies rond angst of depressie is het aantal mensen dat volledig geneest vrijwel altijd teleurstellend klein. Nog teleurstellender was de gang van zaken nadat het onderzoek formeel beëindigd was: veel mensen bleken hun klachten terug te krijgen op het moment dat ze met hun medicijnen stopten, of de dosering verlaagden. En ook kregen mensen die waren verbeterd door de cognitieve therapie soms toch weer klachten. Ook deze bevinding was niet uniek voor dit onderzoek: vergelijkbare ervaringen werden op andere plekken in de wereld opgetekend.

Vele jaren later, in 2008, kwam ik terecht bij ademhalingsexpert Koen de Jong, nadat ik getipt was dat hij me zou kunnen helpen met het verbeteren van mijn hardloopprestaties. De test die hij bij me afnam begon met het lezen van een leuk tijdschrift, terwijl hij mijn ademhaling registreerde. Daarna volgde een zogenaamde inspanningstest, om te bepalen hoe goed mijn conditie

was. De uitkomst was verrassend. Dat mijn conditie flink boven het gemiddelde lag verbaasde me niet, gezien mijn passie voor marathonlopen. Maar dat ik in rust veel te snel ademhaalde was voor mij een totaal onverwachte bevinding. Eigenlijk was ik in rust aan het hyperventileren, werd me uitgelegd. Zonder dat ik daarbij ooit angstklachten had gehad overigens. En ineens herinnerde ik me weer een onderzoek dat ik ooit las over risicofactoren voor het krijgen van een paniekaanval. Daar stond langdurig overademen, ofwel chronische hyperventilatie, tussen!

Als je de gang van zaken achteraf nog eens beschouwt dan zie je in het voorgaande een van de grootste gevaren van wetenschappelijk onderzoek naar ziekte en gezondheid: door een invloedrijke publicatie kan de koers van het onderzoek behoorlijk worden beïnvloed. Dat is helaas de realiteit, maar het impliceert ook dat er misschien kennis verloren gaat die er al was, of dat aspecten die van grote betekenis zijn niet langer aandacht krijgen. De verstoorde ademhaling en de relatie met angstklachten in het algemeen en paniekaanvallen in het bijzonder is in de afgelopen decennia veel wetenschappelijke aandacht misgelopen. En dat terwijl mensen met last van angsten heel veel baat kunnen hebben bij zoiets simpels als een ademhalingsoefening. En vermoedelijk ook mensen met andere psychische klachten, zoals depressie of burn-out. Maar daar is bij mijn weten amper onderzoek naar gedaan. Wel zijn er raakvlakken met mindfulness, een relatief nieuwe behandeling waar veel onderzoek naar gedaan wordt.

Na mijn kennismaking met Koen ging ik verder met mijn ademhaling aan de slag. Ik volgde braaf zijn adviezen op en deed iedere avond voor het slapen de ademhalingsoefening die hij me had aanbevolen. Ook direct voor en na een

hardlooptraining besteedde ik even tijd aan het actief ontspannen met behulp van dezelfde oefening. Aanvankelijk deed ik dit met een hartslagmeter om, waardoor ik direct het effect op mijn hartslag kon waarnemen. Zo was mijn hardlooptraining pas ten einde als ik na afloop met mijn oefening weer terug was in de buurt van mijn hartslag in rust. Voor die tijd zat ik altijd meteen al weer achter de computer, tijdens het uitzweten. Omdat ook ik het adagium ‘meten is weten’ aanhang, veranderde ik naast de ademhalingsoefeningen helemaal niets aan mijn hardlooptrainingen. En tot mijn grote verbazing merkte ik dat mijn hardloopprestaties tijdens wedstrijden aanmerkelijk verbeterden. Niet door meer inspanning, maar door meer ontspanning.

Daarna is het snel gegaan. Ik begon mensen uit mijn praktijk naar Koen te verwijzen voor een ademhalingstest. Zonder uitzondering vonden ze het niet alleen interessant maar ook nuttig. Door gedoseerd aan sport te doen en daarnaast dagelijks een ademhalingsoefening te doen knapt eigenlijk iedereen op. Je geneest er geen ernstige psychiatrische stoornissen mee, maar je geeft mensen wel een instrument in handen dat ze zelf kunnen bedienen. De psychologische betekenis daarvan kan nauwelijks onderschat worden: ineens ben je niet meer afhankelijk van een pil of een therapeut, maar kun je zelf ook een structurele bijdrage leveren aan je eigen welbevinden. Deze aanpak is inmiddels door Koen verwerkt in een programma van honderd dagen dat hij *Sportrusten* heeft genoemd. De volgende stap zal zijn dat we hier wetenschappelijk onderzoek mee gaan doen, om iedereen die sceptisch is en opmerkt dat het niet evidence based is van repliek te kunnen dienen.

Ooit las ik een prachtig citaat dat ongeveer luidde: 'Als artsen lichaamsbeweging in een gepatenteerde capsule zouden kunnen voorschrijven, was het zonder twijfel het succesvolste medicijn uit de geschiedenis.' Daar zit veel in, en ik denk dat voor ademhalingsoefeningen ongeveer hetzelfde geldt. Maar juist omdat het zo'n eenvoudig middel is en het zo weinig kost, krijg je het niet erg gemakkelijk op de agenda van de zorgprofessionals. Artsen ontlenen een belangrijk deel van hun status aan het receptenblok. Het simpele advies om eens op de ademhaling te gaan letten past daar psychologisch niet zo goed bij. Voor hen althans. Maar als het goed is dient de dokter de patiënt, en niet andersom.

Inmiddels hebben Koen en zijn collega's vele honderden mensen kunnen helpen met het verbeteren van hun ademhaling. Het boek *Verademing* dat we er samen over schreven werd een bestseller.

De overbelaste managers en bestuurders die voor een leefstijlanalyse bij een bedrijf als Mind&Health komen krijgen allemaal een rust- en inspanningstest waarbij de ademfrequentie wordt gemeten. Negen van de tien deelnemers hebben een te snelle ademhaling: een van de mogelijke signalen dat ze, om de kans op een burn-out, angststoornis of depressie te minimaliseren, meer aandacht moeten gaan besteden aan ontspanning.

'Doe je er zelf dan ook nog wel iets aan? Jij bent zo druk,' krijg ik met enige regelmaat te horen. Het antwoord is een ondubbelzinnig ja. Zelfs meer dan ooit. Ik heb mezelf aangeleerd om juist op stressvolle momenten op mijn ademhaling te letten. Zo doe ik een ademhalingsoefening op het moment dat ik al laat ben en ook nog in een file beland. Niet geheel toevallig is dat een situatie waarin mensen met een paniekstoornis vaak tegen een acute angstaanval op

lopen. Het is mijn overtuiging dat die mensen beter hun ademhaling onder de loep kunnen nemen dan hun dokter te vragen om een kalmeringstabletje.

Er is nog een lange weg te gaan alvorens dit de dagelijkse praktijk zal zijn, maar talloze tevreden mensen steunen onze gedachte dat er een grote toekomst is voor aandachtig en zorgvuldig ademen. Met name in het Verre Oosten weet men dit al talloze eeuwen, en handelt men hier ook naar. Dat meditatie en yoga in de westerse wereld snel aan populariteit winnen is wat dat betreft een bemoedigend signaal, omdat ook daarbij de ademhaling een centrale plek inneemt.

Bewegen als medicijn

Zitten is een ziekte. De noodzakelijke behandeling: beweging.

In het terecht veelgeprezen boek *Wij zijn ons brein* van Dick Swaab staat een kort hoofdstuk getiteld 'Hersenen en sport'. Met gevoel voor humor fileert de beroemde wetenschapper eerst boksen als een vorm van neuropornografie. Dan volgt een stukje over de Olympische Spelen en sekse, waarna hij zich tot besluit van het hoofdstuk nog even laat gaan over sport in het algemeen. Vervolgens passeren er een aantal vooroordelen de revue, die weinig met wetenschap van doen hebben, maar veel meer een particuliere mening weergeven. Dat mag, maar feitelijke onderbouwing ontbreekt er helaas bij.

Swaab vraagt zich af hoe het misverstand dat sport gezond is eigenlijk is ontstaan. Een slimme retorische truc, want het is geen misverstand dat sport gezond is. Dat sommige sporten gepaard gaan met heel veel blessureleed, zoals het schaatsen op natuurijs, betekent niet dat sport daarom ook ongezond is. En zo klopt ook de suggestie niet dat het stijgen van onze levensverwachting (in de afgelopen eeuw ging die van ongeveer 45 naar bijna 80 jaar, stelt Swaab) in een periode dat er steeds minder werd bewogen, zou

bewijzen dat lichaamsbeweging niet zo'n factor van belang is. Want inmiddels wordt duidelijk dat onze levensverwachting onder druk komt te staan, onder meer door een gebrek aan lichaamsbeweging (en ook door ongezonde voeding). In de vs worden de negatieve effecten hiervan op de levensverwachting steeds duidelijker en als deze tendens onverminderd aanhoudt zal ook bij ons de levensverwachting uiteindelijk gaan dalen. Beter zou je dan ook kunnen stellen dat onze levensverwachting in de twintigste eeuw heel sterk verbeterde, *ondanks* steeds minder beweging. De verklaring voor die toegenomen levensverwachting had veel meer te maken met betere hygiëne, toegenomen welvaart en steeds verder gaande vooruitgang in de gezondheidszorg.

Swaab voert ook nog mensen aan waarbij het sporten een uiting is van een ziekte, zoals anorexia nervosa. En hij wijst op de mensen die onverwacht overlijden tijdens het beoefenen van hun sport, in Nederland ongeveer honderd personen per jaar. Als hij de literatuur goed bestudeerd zou hebben was hij erachter gekomen dat sporten op zichzelf geen enkele zelfstandige relatie heeft met welke medische aandoening dan ook. Natuurlijk raken er mensen geblesseerd, gebeuren er ongelukken en valt er tijdens sportbeoefeningen af en toe iemand dood neer. Maar de vraag is of dat laatste niet ook, en wellicht zelfs eerder, was gebeurd zonder sporten. Als er tijdens een groot hardloopevenement iemand overlijdt, meestal aan een acuut hartprobleem, dan staan de criticasters van sport altijd klaar om te verklaren dat dit maar weer eens bewijst hoe ongezond dat rennen toch is. Maar niet het hardloopevenement is de oorzaak van een acute hartdood, maar een afwijking in het hart. Er overlijden veel meer mensen op de bank voor de televisie. Daar hoor je niemand over!

Dat sommige mensen met anorexia nervosa, gelukkig nog altijd een vrij zeldzame aandoening, zich te buiten gaan aan abnormaal beweeggedrag is een feit. Maar staat dit in verhouding tot de vele miljoenen mensen die ongezond zijn omdat ze niet of nauwelijks bewegen? Er zijn inmiddels meer mensen met overgewicht in de wereld dan mensen met honger en dat komt niet doordat we de honger hebben weten op te heffen. Het dwangmatig sporten van sommige mensen kan een symptoom zijn van een psychische stoornis als anorexia of een dwangstoornis, maar 'pathologisch sporten' is geen op zichzelf staande diagnose. Als het aantal sportbeoefenaren sterkt toeneemt, stijgt daarmee vanzelfsprekend ook het aantal mensen dat ongezond sport. Uit onderzoek is inmiddels duidelijk geworden dat sportverslaving niet bestaat.

Sommige sporthaters betitelen marathonlopers nog altijd graag als 'endorfinejunkies', maar naar een reëel bestaand verschijnsel verwijst deze denigrerende aantijging niet. Er worden endorfines aangemaakt tijdens duursport en bijvoorbeeld ook cannabisachtige stofjes, maar niet in hoeveelheden die leiden tot ontweningsverschijnselen op het moment dat de aanmaak stilvalt. Een profwielrenner die van zijn fiets valt en een been breekt hoeft in het ziekenhuis echt niet aan een infuus met Valium.

Het argument dat sport gepaard gaat met blessures en daarmee dus ook met gezondheidszorgkosten en arbeidsverzuim is aardig gevonden, maar verliest alle betekenis als je sporters vergelijkt met niet-sporters: de laatste groep verzuimt nog meer en consumeert ook nog meer zorg.

Midas Dekkers, sinds het verschijnen van zijn boek *Lichamelijke opvoeding* een gerenommeerde sporthater,

moest in een publiek debat recentelijk wel toegeven dat er sprake is van grootschalige bewegingsarmoede. In zijn optiek werd in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw nog wel voldoende bewogen door de meeste mensen. Maar hij refereerde daarbij aan mensen die driehoog op een flat woonden, zonder lift en met een kolenkachel die gestookt werd met kolen uit de kelder. Mensen met een fiets, en geen auto. Maar juist doordat de onvermijdelijke lichaamsbeweging sterk is afgenomen, ontstond het probleem van gebrek aan lichamelijke inspanning. En een groot deel van de bevolking is dat gaan vervangen door sport. Een definitie van sport zou kunnen luiden: geagendeerde lichaamsbeweging. De al eerder door mij geciteerde Ivan Wolffers zei eens in een televisieprogramma: 'Zitten is een ziekte. De noodzakelijke behandeling: bewegen.'

Er is veel onderzoek gedaan naar de optimale hoeveelheid lichaamsbeweging en de effecten die dit heeft op lichaam en geest. Hoe vaak moet of mag je sporten om het leuk en nuttig te houden? Een paar dingen zijn zeker: sporten met een te hoge intensiteit of een te hoge frequentie is zinloos en werkt zelfs averechts. En als het boven op een overvolle werkagenda komt wordt het ook niets. Als je drie keer in de week iets aan duursport doet, bij een niet al te grote intensiteit, dan is dat voor de meeste mensen ruim voldoende. Voor sommige mensen, en zeker voor hen met een slechte conditie of overgewicht, kan een stevige wandeling al volstaan.

Het onderzoek naar de precieze invloed van bewegen op ons brein is in volle gang. Er verschijnen in rap tempo publicaties die met elkaar een steeds completer beeld geven van wat er in ons lichaam zoal gebeurt als we lekker bewegen. Naast de gunstige effecten op bijvoorbeeld het hart-en-vaatstelsel, zien we ook dat beweging compensatie

kan bieden voor onze vaak overbelaste hersenen. Tijdens een rustige duurloop is het lastig piekeren, weet iedereen die weleens hardloopt. Steeds duidelijker wordt ook dat hersenen zich kunnen herstellen van allerlei (over)belasting terwijl we bewegen. En dat maakt bewegen volgens planning (sport dus) tot een van de eerste prioriteiten van iedereen die niet al uit zichzelf voldoende beweegt, en dat geldt voor de meerderheid van de mensen in de westerse wereld.

Je kunt bij een hoge bloeddruk of depressie pillen voorschrijven, maar je kunt ook beginnen met leefstijladviezen. Het is voor onze overheid zelfs serieus het overwegen waard om mee te betalen aan de kosten daarvan, al dan niet in samenspraak met de zorgverzekeraars. Want runningtherapie werkt en is kosteneffectief. Het kabinet investeerde in 2012 130 miljoen euro in sport. Alleen al het verlopen van het patent op de bekendste cholesterolremmer leverde in datzelfde jaar een besparing van 900 miljoen euro op. Waarom zou dat niet rechtstreeks worden doorgesluisd naar projecten op het terrein van het bewegen? De meeste mensen met een te hoog cholesterolgehalte hebben geen pillen nodig, maar een sportveld.

Of Dick Swaab en Midas Dekkers het nu leuk vinden of niet: sport is in onze huidige samenleving een noodzakelijk kwaad, omdat het de manier is waarop mensen in de buurt kunnen komen van de hoeveelheid lichaamsbeweging die goed voor ze is. En dat heeft niet veel te maken met of het leuk is. De afwas doen is voor velen ook geen aangenaam tijdverdrijf, maar het moet toch gebeuren. Het maakt deel uit van goede zelfzorg. En net als bij de afwas hebben ook mensen die het niet zo leuk vinden na afloop van het sporten wel altijd een voldaan gevoel.

Dat overvolle agenda's ons dwingen om sportafspraken te maken teneinde aan voldoende lichaamsbeweging te komen is misschien wel een beetje treurig, maar ook een niet te ontkennen realiteit.

Train je brein

Als je gedrag verandert, verandert je brein. Waarom zou dan het omgekeerde niet waar zijn?

Dertig jaar geleden kreeg ik tijdens mijn colleges al uitgelegd dat wanneer iemand op volwassen leeftijd blind wordt, bijvoorbeeld door een ongeluk met vuurwerk, er in de periode daarna serieuze veranderingen waarneembaar zijn in de hersenen. Het deel dat werd gebruikt om de visuele prikkels te verwerken wordt kleiner als het niet meer wordt gebruikt. Tegelijkertijd wordt het voor de 'nieuwe' blinde heel belangrijk om de tastzin veel meer te ontwikkelen, zodat bijvoorbeeld braille kan worden geleerd. Dat brengt veranderingen met zich mee in de hersendelen die de zogenaamde tactiele informatie verwerken. Doordat hier ineens een veel groter beroep op wordt gedaan neemt het belang van dit deel van de hersenen toe en dit kan resulteren in een groter volume, maar ook in sterkere verbindingen met andere hersendelen. Kortom: het brein is goed in staat zich aan te passen aan veranderende omstandigheden en dit vermogen blijft in principe gedurende het hele leven bestaan, ook nog op hoge leeftijd (uiteraard niet bij onherstelbare schade door een hersenbloeding of een ziekte als dementie).

Geen weldenkend mens zal betwisten dat onze gevoelens en gedragingen gepaard gaan met hersenactiviteit. Je hersenen functioneren anders als je slaapt, maar ook als je boos, verdrietig of angstig bent. Die wetenschap heeft in de alledaagse praktijk nog relatief weinig aandacht gekregen. Dat had allereerst te maken met de beperkingen van de techniek. We konden al wel een mooie CT-scan maken van het brein van iemand die depressief is, maar de kans dat je daar iets uit kunt afleiden bleek bijzonder klein.

Nog maar recent zijn de mogelijkheden flink toegenomen om functioneel naar de hersenen te kijken: je maakt dan geen foto's, maar filmpjes. Een apparaat waarmee dat kan is de fMRI-scanner. Helaas zijn dit zeer kostbare apparaten en nog altijd vrij schaars. Met als gevolg wachtlijsten en beperkte mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek (er is soms strijd tussen behandelaren en wetenschappers over wie zo'n apparaat wanneer mag gebruiken). De komende jaren gaat dit zeker veranderen, doordat de apparaten goedkoper worden en er geleidelijk steeds meer plekken zullen zijn waar je zo'n scan kunt maken. Ook het beleid bij een elektronicagigant als Philips, waar men de divisie waar medische apparatuur wordt geproduceerd buitengewoon veel belang toekent, zal hieraan bijdragen.

Ondertussen zijn er ook andere manieren om naar het functioneren van de hersenen te kijken. Veel mensen weten niet dat het al heel lang mogelijk is om van de hersenen filmpjes te maken zoals we dat ook van het hart doen. Het ECG (elektrocardiogram) is een vrij algemeen bekend begrip, het EEG (elektro-encefalogram) een stuk minder. EEG's werden vroeger eerst en vooral gemaakt op verzoek van neurologen, die wilden weten of iemand wellicht epilepsie of een andere hersenafwijking had. Op een EEG, dat eindeloze hoeveelheden

papier kostte, was dan afwijkende activiteit te zien in een specifiek deel van de hersenen. Het beoordelen van zo'n EEG was een moeilijke taak, die lang niet door iedere neuroloog even goed werd beheerst.

Heden ten dage is het veel gemakkelijker geworden om een EEG te maken (je krijgt een soort badmuts met plakkers op je hoofd), maar vooral ook om het te beoordelen, al blijft het specialistisch werk. Er worden in toenemende mate zogenaamde Q-EEG's gemaakt, waarbij de q staat voor *Quantitative*. Met behulp van geavanceerde software worden plaatjes van het brein geproduceerd waarop precies te zien is welke activiteit zich waar in het brein afspeelt. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen hersengolven met verschillende frequenties, die ieder hun eigen betekenis hebben. Zo worden bèta-golven geassocieerd met nadenken, terwijl theta-golven meer verband houden met rust en ontspanning. Met behulp van de software kan direct worden berekend hoe iemands brein zich verhoudt ten opzichte van de referentiewaarden (die weer afhankelijk zijn van onder meer geslacht en leeftijd). Aan de hand van de kleuren op de hersenafbeeldingen kan worden vastgesteld welke activiteit overeenkomt met welk hersengebied. Zo weten we dat de achterkant van onze hersenen (de occipitale gebieden) vooral betrokken is bij het verwerken van informatie die via onze ogen binnenkomt. Dat impliceert dat het sluiten van de ogen zou moeten leiden tot minder activiteit in dat gebied. Dat kun je vaststellen door eerst het brein in beeld te brengen terwijl iemand de ogen open heeft en dit vervolgens te herhalen met de ogen dicht. Stel dat het achter in het hoofd niet rustig wordt als iemand de ogen sluit, dan heb je daar een mogelijk verband met een klacht als 'moeite hebben om te ontspannen' of 'niet in slaap kunnen komen'.

Het grote voordeel van deze techniek ten opzichte van de functionele scans is de toepasbaarheid. Het is veel minder ingrijpend, kost aanmerkelijk minder geld en met de uitkomsten kun je desgewenst direct aan de slag. Maar daarover later meer.

Het bewijs stapelt zich op dat het op deze manier in beeld brengen van de hersenfuncties grote toegevoegde waarde kan hebben. Om te beginnen bij het stellen van een diagnose. Een veel voorkomend verschijnsel als hyperactief gedrag is in principe altijd terug te vinden op een Q-EEG.

Maar ook het tegenovergestelde, een depressie, gaat gepaard met specifieke veranderingen in bepaalde delen van het brein.

De volgende stap is nog altijd omstreden, maar ook hier geldt dat er steeds meer bewijzen zijn: als je vaststelt dat het brein niet functioneert zoals je graag zou willen, dan kun je gaan oefenen om dat te veranderen. Dit staat bekend als neurofeedback en helaas zijn er nog talrijke reguliere hulpverleners die dit zien als een vorm van alternatieve therapie, vergelijkbaar met homeopathie. Dat heeft naar mijn idee vooral te maken met beperkte kennis en een 'wat de boer niet kent, dat vreet hij niet'-mentaliteit. Daar komt bij dat de vele onderzoeken naar homeopathie geen bewijs leverden voor de werkzaamheid ervan, terwijl dit voor neurofeedback anders ligt. Gekwalificeerde hoogleraren mogen beweren dat neurofeedback niet werkt, maar ze baseren zich dan vooral op het ontbreken van voldoende bewijs. De neurofeedbacktherapeuten hebben natuurlijk wel de morele plicht om ook in deugdelijk wetenschappelijk onderzoek aan te tonen dat hun behandeling wel zinvol is. Als je gedrag verandert, verandert je brein, waarom zou dan het omgekeerde niet waar zijn?

Naast neurofeedback zijn er nog andere manieren om het brein te trainen. Zo zijn er hoopgevende ontwikkelingen op het gebied van de zogenaamde cognitieve training waarbij mensen oefenen om hun aandacht beter te richten, dan wel niet af te laten leiden. Denk aan een alcoholverslaafde die achter de computer een trainingsprogramma volgt dat erop is gericht om minder aandacht te besteden aan bijvoorbeeld een bierreclame aan de buitenkant van een café. Bij cognitieve training krijg je geen directe feedback over wat er in je brein gebeurt, maar dit lijkt ook niet vereist voor de werking hiervan. In ieder geval zijn er uit onderzoek al harde bewijzen gekomen dat cognitieve training effect heeft. Een mooie bijkomstigheid is dat het goed te combineren is met andere vormen van behandeling, zoals psychotherapie of medicatie. Hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie Reinout Wiers is een internationaal erkende pionier op het gebied van onderzoek naar de effecten van cognitieve training, met name bij verslaving. De titel van zijn oratie luidde: 'Pillen? Praten? Trainen!' en hij schreef er het uitstekende boek *Grip op je problemen* over.

Nu de technologische mogelijkheden en de steeds toenemende evidentie leiden tot het verdwijnen van allerlei emotionele, financiële en organisatorische barrières, zullen neurofeedback, cognitieve training en andere manieren om het brein te trainen steeds meer terrein gaan winnen als behandelmogelijkheid bij psychische klachten. Waarschijnlijk eerst nog vooral in combinatie met andere therapievormen, maar naarmate breintraining verder geperfectioneerd kan worden wellicht ook als op zichzelf staande behandeling. Het grote voordeel daarbij is dat patiënten de mogelijkheid hebben om het thuis te doen, op een moment dat hun schikt. Een dure professional hoeft bij cognitieve training niet aanwezig te zijn.

Een ander voordeel van het trainen van het brein is de zeer geringe kans op ongewenste neveneffecten. Het zal niet bij iedereen tot een sensationele verbetering gaan leiden, maar het is de moeite van het proberen waard voor iedereen die maar wil. Simpelweg omdat er geen duidelijke contra-indicaties zijn.

Er is nog een belangrijk argument voor cognitieve training. De bereidheid bij de grote internationale farmaceutische bedrijven om nieuwe geneesmiddelen tegen psychische klachten te ontwikkelen wordt steeds kleiner. Men is daar tot de conclusie gekomen dat het heel moeilijk gaat worden om nieuwe medicijnen tegen bijvoorbeeld depressie te ontwikkelen die beter zijn dan de huidige. Dat vraagt om een miljoeneninvestering, waarbij het op voorhand al twijfelachtig is of dit ooit zal worden terugverdiend. En als tegelijkertijd de bewijzen zich opstapelen dat antidepressiva als Prozac en Seroxat misschien niet zo fantastisch werken als ons jarenlang door de industrie werd voorgehouden, dan zal de behoefte aan andersoortige behandelingen alleen maar groter worden. Neurofeedback en cognitieve training hebben zoals gezegd geen grote gezondheidsrisico's of gevaarlijke bijwerkingen. Proberen kan geen kwaad en er instappen op grond van 'baat het niet, dan schaadt het niet' kan veel mensen serieuze gezondheidswinst op leveren. Al dan niet in combinatie met psychiatrische pillen of psychotherapie. Welke 'cocktail' het beste werkt gaan we nog ontdekken.

Sociale media

Het is al bekend dat sommige mensen die verslaafd zijn aan bepaalde activiteiten op de computer letterlijk afkickverschijnselen krijgen op het moment dat ze ermee moeten stoppen.

Veel liefhebbers van sociale media hebben een zakelijk belang bij enthousiasme over deze moderne manieren om je boodschap te verspreiden. Als je de marketing- en salesmensen van deze aarde moet geloven, zijn er geen grenzen aan de groei van je handeltje als je deze media goed weet te benutten. En dus worden er door uiteenlopende partijen kapitalen besteed aan het zich eigen maken van uiteenlopende vaardigheden op Facebook, Twitter of Instagram (en minder bekende varianten).

Als je het waagt om kanttekeningen te plaatsen bij de vooruitgang die de sociale media voor veel mensen betekent, word je al snel weggezet als een conservatieve zuurpruim. Een driejarige die al met een iPad overweg kan wordt gefilmd en het filmpje wordt door de trotse ouders op YouTube gezet. Ongetwijfeld leuk bedoeld, maar weten we eigenlijk of het kunnen bedienen van zo'n apparaat bijdraagt aan de ontwikkeling van een driejarige?

Toen in de zomer van 2013 in Nederland de vertaling van het eerder genoemde *Digitale dementie* van Manfred Spitzer verscheen, brak er direct een polemie uit. Er zijn mensen die vinden dat Spitzer goede argumenten overlegt om bezorgd te zijn over het buitensporige gebruik van computers (vooral bij kinderen en adolescenten) en er zijn aanhangers van nog veel meer computers in het onderwijs, liefst al vanaf de eerste groep op de basisschool. Onder die laatste groep bevinden zich ouders die er zelfs een verhuizing voor overhadden om hun kind op een iPadschool te krijgen.

Door enkele prominente aanhangers van de gedachte dat je van computers nooit genoeg kunt krijgen en dat je er ook niet jong genoeg mee kunt beginnen, werd betoogd dat Spitzer ons zou willen terugvoeren naar het tijdperk van de neanderthalers. Fraaie retoriek, maar niet geheel fair, want de voordelen van computers worden door Spitzer niet betwist. Maar hij benadrukt dat ze zijn ontwikkeld als hulpmiddelen. Hij haalt ook onderzoeken aan die laten zien dat juist oudere mensen optimaal gebruik weten te maken van computers. Naar zijn idee omdat je eerst de wereld moet begrijpen en dat gaat beter zonder apparaten. Hoe meer tijd je kind televisie kijkt, hoe groter de kans op ondermaatse schoolprestaties. Omdat er domweg minder tijd wordt besteed aan huiswerk (veel televisiekijken gaat overigens ook ten koste van de nachtrust). Met de komst van de sociale media is de dag helaas niet langer geworden en de tijd die je eraan besteedt kan dan ook alleen maar ten koste gaan van bezigheden waar je pakweg tien jaar geleden nog wel druk mee bezig was.

Een ander argument waarmee getracht wordt de critici van sociale media de mond te snoeren is het ontbreken van betrouwbaar onderzoek dat kan aantonen dat het niet goed

voor ons is om veel tijd aan sociale media te besteden. Maar zulk gebrek aan onderzoek kleeft aan vrijwel iedere nieuwe ontwikkeling. Een onderzoek dat de effecten van een bepaald soort gedrag meet kan per definitie pas geruime tijd na introductie daarvan worden verricht.

Bij het gebruik van sociale media komt daar nu geleidelijk verandering in. Zo verscheen in augustus 2013 in het wetenschappelijke tijdschrift *Plos One* (gratis online) een studie van onderzoekers van de University of Michigan en de Vlaming Philippe Verduyn die concludeerden dat veel tijd doorbrengen op Facebook jongeren een beetje ongelukkiger maakt. In de loop van het twee weken durende onderzoek werden de onderzochte jongeren minder tevreden over hun eigen leven. Terwijl het gevoelsmatige welzijn van de studenten door 'echt' sociaal contact wel verbeterde. De onderzoekers vatten hun bevindingen als volgt samen: *On the surface, Facebook provides an invaluable resource for fulfilling the basic human need for social connection. Rather than enhancing well-being, however, these findings suggest that Facebook may undermine it.* (Vrij vertaald: Oppervlakkig beschouwd is Facebook een aanwinst voor het vervullen van de menselijke behoefte aan sociaal contact. Maar de bevindingen van het onderzoek suggereren dat Facebook ons gevoel van welbevinden eerder ondermijnt dan vergroot.) De onderzoekers spreken het vermoeden uit dat gebrek aan beweging en jaloezie de verklaringen zouden kunnen vormen voor deze daling van het welzijn. Hoewel de uiteindelijke invloed van het Facebookgebruik op het welzijn beperkt was, blijft het bijzonder dat er systematische invloed op het welzijn aantoonbaar is van één specifieke factor. Juist omdat datzelfde welzijn van zoveel verschillende factoren afhankelijk is.

Zoals meestal in de wetenschap wordt ook hier aanbevolen om vervolgonderzoek te doen, bijvoorbeeld om een beter zicht te krijgen op de effecten van Facebookgebruik op andere vormen van tijdsbesteding.

Ook de geopperde verklaringen behoeven nadere studie, omdat er allerlei kip-ei-fenomenen kunnen spelen. Ging iemand minder bewegen naarmate hij steeds meer achter de computer zat, of was er al sprake van weinig beweging ten opzichte van de gemiddelde leeftijdgenoot? Word je jaloers van het kijken naar de vakantiefoto's van vrienden en kennissen, of hebben mensen die altijd al snel jaloers waren, een sterke neiging om uitgebreid te checken wat de mensen in hun leefomgeving beleven?

Een interessante onderzoeksvraag is ook wat er gebeurt als je mensen dwingt te stoppen met sociale media. Het is bekend dat sommige mensen die verslaafd zijn aan bepaalde activiteiten op de computer letterlijk afkickverschijnselen krijgen op het moment dat ze ermee moeten stoppen. Dat wisten we al van gokken, gamen en porno kijken, maar ook het aantal mensen dat niet zonder sociale media denkt te kunnen neemt toe. Het meest verwarrend zijn sociale media waarschijnlijk voor de zogenaamde *diginatives*, de jongeren die geboren zijn na de komst van het internet. Die verwarring zie je op allerlei niveaus, om te beginnen in het taalgebruik waar men zich van bedient. Als er berichtjes heen en weer gaan via Facebook of WhatsApp wordt dit aangeduid als een 'gesprek', waarbij men zich niet realiseert dat een gesprek in 'ouderwetse' termen iets heel anders is. Hetzelfde geldt voor 'contact': is commentaar leveren op elkaars status een vorm van contact? Iedere oudere zal er iets heel anders onder verstaan. Het probleem achter deze spraakverwarring (of beter gezegd: begripsdevaluatie) is dat men zich onvoldoende

realiseert dat in een klassiek gesprek en tijdens ouderwets contact sprake is van zogenaamde 'wederkerigheid': er wordt van alles uitgewisseld. Niet alleen informatie, maar ook bliken, geuren, een bepaalde lichaamshouding en andere signalen die verwijzen naar de emoties die gekoppeld zijn aan de feiten. Je ziet, ruikt en voelt wat voor gevoel de ander heeft bij hetgeen hij vertelt. En, heel belangrijk: degene die een verhaal vertelt of een mededeling doet, stelt vast hoe de ander reageert, hoe de boodschap wordt ontvangen en of er instemming of afwijzing bij past.

Iemand die zichzelf via sociale media presenteert construeert een beeld van zichzelf, waar anderen op kunnen reageren. De vraag in hoeverre dit beeld overeenkomt met de realiteit wordt daarbij niet gesteld. Je kunt de meest ellendige vakantie van je leven hebben meegemaakt, maar ondertussen met een paar suggestieve kiekjes op internet de indruk wekken dat je op een waanzinnige plek zat en dat het ongelooflijk gezellig was. Welke indruk jouw presentatie maakt zal je vaker niet dan wel weten, want op de 'Like'-knop wordt vaak plichtmatig geklikt. Op Twitter is de teneur eerder omgekeerd. Daar is het gangbaar om in ongenueerde termen (er zijn tenslotte ook maar 140 tekens beschikbaar) commentaar te leveren op het maakt niet uit wat. Een politicus die te veel heeft gedeclareerd, een artiest met een drugsprobleem of een voetbalscheidsrechter die ten onrechte een doelpunt afkeurt. En ook hier geldt dat de werkelijke emoties van de Twitteraar hier hoogstwaarschijnlijk niet betrouwbaar uit af te leiden zijn.

Sociale media zijn evenals computers hulpmiddelen en de hulp die ze bieden lijkt vooral te liggen op het terrein van de zelfpromotie. In deze virtuele wereld kun je een beeld van jezelf schetsen dat volledig losstaat van de alledaagse

werkelijkheid. Middels sociale media zend je een boodschap over jezelf de wereld in, je bedrijft er als het ware marketing van het ego mee. Dat is niet verboden, maar de vraag is wel of de samenleving er op termijn mee gebaat is. En zou het toeval zijn dat steeds meer 'ouwe zakken' klagen over het narcisme van de hedendaagse jeugd?

Steeds vaker horen we over uitwassen: een moord die wordt gepleegd door iemand die reageert op een oproep daartoe op Facebook, een meisje dat zelfmoord pleegt na een serie pestberichten aan zichzelf (!) te hebben verzonden, een massale bijeenkomst met grof geweld na een mislukte Facebook-uitnodiging voor een feestje...

Het hierboven beschreven onderzoek laat zien dat we ongelukkiger worden naarmate we meer sociale media gebruiken. En eenzamer: je kunt elkaar wel wijs maken dat je de deur niet uit hoeft om contact te hebben met je vrienden, maar niets is minder waar. Als je een apparaat tussen mensen plaatst, gaat dat ten koste van de kwaliteit van het contact, het gesprek, de ontmoeting. Dat weten we al sinds de klassieke vaste telefoon, maar we doen er helaas weinig mee. Sociale media lijken op mensen dezelfde uitwerking te hebben als een zilveren theelepel op een ekster: ze worden er sterk door aangetrokken, zonder dat het welbevinden van een van beide diersoorten erdoor verbetert.

APK voor lichaam en geest

Doordat consensus ontbreekt over de inhoud en de bekostiging van een preventief consult stagneert de ontwikkeling ervan.

Met paginagrote advertenties in landelijke dagbladen probeert de firma Prescan klanten te lokken voor een total body scan: 'nu tegen een speciaal tarief (zomeraanbieding), inclusief een hartonderzoek'.

'Dé APK voor uw lichaam!' stond er ook al eens met grote letters boven. En actrice Willeke van Ammelrooy en presentator Henny Huisman verklaarden in advertenties dat het onderzoek bij Prescan wellicht hun leven had gered.

De publicatie van deze advertentie kwam de kranten op kritiek te staan, vooral vanuit medische hoek. De Vereniging tegen de Kwakzalverij, nooit te beroerd om wat publiciteit te genereren, diende zelfs een klacht in bij de Reclame Code Commissie, omdat de tekst 'misleitend en oneerlijk' zou zijn. Door deze zelfde commissie werd in 2011 geoordeeld dat een eerdere versie van deze advertentie misleitend zou zijn. En daarom werd een bewering als 'dankzij de total body scan van Prescan weet ik dat ik gezond ben' geschrapt. En ook de claim dat bij één op de vijftig mensen die zich laten scannen een tumor wordt ontdekt ging er om begrijpelijke

redenen uit. Iedereen begrijpt dat je zo'n absolute bewering onmogelijk kunt staven. Over de zin en onzin van dergelijke onderzoeken was eerder in dit boek al meer te lezen. Wat resteert is de vraag of we gezien de negatieve associaties die hierdoor ontstaan ook maar af zouden moeten zien van periodieke controle van de gezondheid. Echter, de afkorting APK staat voor Algemene Periodieke Keuring en zou wat dat betreft uitstekend toepasbaar zijn op andere materie dan auto's.

Door de vervelende associaties met commerciële bedrijven is bij velen weerstand ontstaan tegen preventieve consulten, zonder dat nog veel aandacht aan de mogelijke voordelen wordt besteed. Zo kwam het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) eind 2010 met een prachtig voorstel om het zogenaamde Preventie Consult te introduceren. Om te beginnen voor mensen van 45 jaar en ouder, maar uiteindelijk voor iedereen, eens in de drie jaar. Twee jaar voorbereidingstijd had men besteed aan een wetenschappelijk onderbouwde test, gericht op diabetes, hart- en vaatziekten en nieraandoeningen. 'Door eerder in te grijpen en patiënten te helpen met advies over dieet en gezond gedrag, hopen de huisartsen erger te kunnen voorkomen,' was te lezen in diverse media. De ambitie die werd uitgesproken was ook om dit preventieve consult in het basispakket onder te brengen.

Hoe het met dit prima plan is afgelopen is mij niet bekend, maar zeven jaar later is het in ieder geval nog geen onderdeel van het basispakket. Dat er in de samenleving echter wel behoefte aan preventieve onderzoeken is, bewijst het commerciële succes ervan. Dat er een duur product wordt geleverd dat volgens de meeste artsen niet de beste manier is om aan preventie te doen, stemt enigszins treurig.

Er zijn inhoudelijk zeer goede redenen om in de gezondheidszorg meer aan preventie te gaan doen. Daar is iedereen met enig verstand van zaken het wel over eens. Maar doordat consensus ontbreekt over de inhoud en de bekostiging van een preventief consult stagneert de ontwikkeling ervan. Vanuit de optiek van een psychiater zou in een plan als dat van de NHG ook standaard aandacht moeten worden besteed aan psychische klachten. Het invullen van een paar gestandaardiseerde vragenlijsten over het psychisch functioneren kost weinig tijd en moeite, en is ook goed betaalbaar. Het kan zelfs online. Voor depressies, angststoornissen en burn-outs geldt hetzelfde als voor diabetes, hart- en vaatziekten en nieraandoeningen: als je ze eerder signaleert, kun je sneller ingrijpen. Een snelle ingreep is in de regel succesvoller en draagt bij aan het voorkomen van de ellende die de aandoening kan opleveren als ze lang onopgemerkt en onbehandeld blijft. Ellende in emotionele zin voor de patiënt en zijn omgeving, en in financiële zin voor de samenleving.

Juist nu commerciële partijen zo veel aandacht weten te trekken met hun APK voor het lichaam zou een artsenorganisatie als de KNMG of de minister van Volksgezondheid zelf met een doortimmerd plan moeten komen om tot een verantwoorde preventieve screening op de belangrijkste lichamelijke en psychische aandoeningen te komen. Er is genoeg animo voor.

Slaap

Het is mijn overtuiging dat je in de dagelijkse praktijk een verandering in de slaap kunt aanwijzen als één van de eerste verschijnselen bij veel psychiatrische stoornissen.

Aan mensen met een manisch-depressieve stoornis (ook wel bipolaire stoornis genoemd) wordt door hun behandelaar meestal gevraagd om een zogenaamd signaleringsplan op te stellen. In het signaleringsplan staan de belangrijkste verschijnselen die erop kunnen duiden dat er een stemmingsontregeling dreigt. Bij ieder verschijnsel staat meestal ook een actie die kan (of moet) worden ondernomen om te voorkomen dat er daadwerkelijk een manische toestand of een depressie ontstaat.

In de loop der jaren heb ik tientallen patiënten mogen helpen met het opstellen van zo'n signaleringsplan en ik kan me geen enkel geval herinneren waarbij een verandering in het slaappatroon ontbrak als aandachtspunt. Sterker nog: het is mijn overtuiging dat je in de dagelijkse praktijk een verandering in de slaap kunt aanwijzen als één van de eerste verschijnselen bij veel meer psychiatrische stoornissen. En toch wordt hier door weinig psychiaters en artsen aandacht aan besteed. De meeste dokters zijn niet buitengewoon

geïnteresseerd in slaapproblemen. Hoe dat precies komt blijft gissen, maar het sluit aan bij de boodschap van erkende experts, zoals in Nederland de neuroloog Hans Hamburger, die er bij herhaling op wijzen dat er relatief weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar slaap. En dat is vreemd, omdat een gemiddeld mens ruim 200.000 uur, ofwel meer dan 8000 dagen, slapend doorbrengt.

Een mogelijke verklaring voor de geringe medische aandacht voor slaap zou te maken kunnen hebben met de wijdverbreide gewoonte om een patiënt die klaagt over slaapproblemen van medicatie te voorzien; en te denken dat je het probleem daarmee afdoende hebt behandeld. Slaapmiddelen, waaronder bekende en veel voorgeschreven middelen als Normison (temazepam), Temesta (lorazepam), Stilnoct (zolpidem) en Imovane (zopiclon) werken meestal uitstekend als je ze voor het eerst neemt. Ook Seresta (oxazepam), een van de meest voorgeschreven geneesmiddelen in Nederland, wordt vaak als slaapmiddel gebruikt (veel mensen gebruiken het ook overdag, tegen angst of spanning). Af en toe een slaappil kan weinig kwaad. Heel anders wordt het als je ertoe overgaat om ze iedere avond te slikken. Dan is er een behoorlijk risico op afhankelijkheid. Je kunt niet meer zonder het middel, terwijl het tegelijkertijd steeds minder werkt. In sommige gevallen kan dit tot een ernstige medicijnverslaving leiden, zoals bij de man die ik ooit sprak die verspreid over een etmaal zestig tabletten zolpidem en zopiclon slikte, terwijl hij nog 'gewoon' aan het werk was en in zijn auto reed.

Sinds de gevaren van langdurig gebruik van slaapmiddelen bekend zijn is er geleidelijk steeds meer terughoudendheid in het voorschrijven ontstaan. Maar een niet te verwaarlozen deel van de voorschrijvers verwijst

naar andere middelen. Zo worden er zelfs antipsychotica voorgeschreven aan mensen die moeilijk slapen.

Bij mensen met slaapproblemen is het slikken van middelen zeer populair. Sommigen beperken zich tot relatief onschuldige middelen als melatonine, anderen zoeken op internet naar zware middelen die hun eigen dokter niet wil voorschrijven. Dit terwijl we doorlopend allerlei dingen doen die slecht zijn voor een gezonde nachtrust. We weten heel goed wat er allemaal niet helpt als je goed wilt slapen, maar we besteden er weinig aandacht aan. En op het moment dat we naar een dokter lopen gebeurt dat ook niet. Als je goed wilt slapen moet je zorgen voor goede slaaphygiëne. Daar worden alle maatregelen onder verstaan die je zelf kunt nemen om een goede nachtrust te hebben. Een aantal van hen wordt massaal genegeerd en je zou eigenlijk moeten bepleiten dat geen enkele dokter een slaappil voorschrijft als de patiënt met slaapproblemen zich hier zelf niet aan houdt. Hier volgen enkele voorbeelden.

Alcohol: veel mensen geloven heilig in het slaapmutsje en als je goed slaapt kan het ook niet veel kwaad, maar op het moment dat je slaapproblemen gaat bestrijden met drank beland je vroeg of laat in een vicieuze cirkel. Op korte termijn kan alcohol helpen om in slaap te komen, maar de hoeveelheid diepe slaap, de soort slaap die nodig is om echt uit te rusten, lijdt onder drank. Iedereen die weleens een avond flink heeft doorgehaald weet dat daar meestal een zeer onrustige nacht op volgt, waarin je regelmatig even wakker wordt.

Dag-nachtritme: door voldoende beweging en activiteiten in de buitenlucht terwijl het licht is, stimuleer je de biologische klok. Dan maakt het lichaam als het nacht wordt zelf de melatonine aan, die mensen nu soms uit een potje halen. Als je de hele dag onder kunstlicht achter een bureau zit, raakt je systeem zijn natuurlijke ritme kwijt.

Beeldschermen tijdig uit: of het nu de televisie, de computer, een iPad of een smartphone betreft, alle schermen prikkelen onze hersenen dermate dat slapeloosheid het gevolg kan zijn. Wil je deze storende invloed niet, zet dan twee uur voordat je wilt gaan slapen alle schermen uit.

Ontspannen inslapen: je raakt niet goed in slaap als je niet eerst even ontspant voordat je gaat slapen. Je mag best nog iets lezen, voor veel mensen een uitstekend slaapmiddel, maar een ademhalingsoefening of goede ouderwetse seks zijn ook heel bruikbaar. Neem voor dat laatste wel even de tijd.

Neem voldoende tijd om te slapen: onderzoek laat zien dat het slaapttekort onder hoogopgeleiden groter is dan onder lager opgeleide mensen. Vermoedelijk omdat die zogenaamde slimmeriken denken dat het handig is om 's avonds laat nog wat e-mails weg te werken. Het is heel simpel: als je niet uitgerust wakker wordt heb je te weinig geslapen. Je kunt beter vroeg naar bed gaan om de dag daarna extra productief te zijn, dan dat je tot diep in de nacht doorwerkt om een achterstand in te halen. De prijs die je in dat laatste geval betaalt is een sterk verminderde productiviteit de volgende dag.

Pas als je regelmatig slecht slaapt terwijl je wel alle bovenstaande punten in acht hebt genomen, dan mag je naar de dokter om erover te praten. Misschien heb je een depressie of is er een andere verklaring, maar nog altijd geldt het advies: vermijd pillen zolang je er niet alles aan hebt gedaan om het op eigen kracht op te lossen.



Goede voornemens

Fascinerend is dat je je ongewenst gedrag heel snel eigen kunt maken, om vervolgens jaren bezig te zijn om er weer vanaf te komen.

Het is een oude traditie om op 1 januari aan een lijstje met goede voornemens te gaan werken. Stoppen met roken is waarschijnlijk het bekendste goede voornemen, maar de ervaring leert dat de overgrote meerderheid van de mensen helaas al snel weer vergeet wat ze zich hadden voorgenomen. Ik ving ooit ergens op dat ongeveer negentig procent van de goede voornemens op 10 januari al mislukt is, en dat zou zomaar eens kunnen.

Als het aankomt op de mogelijke verklaringen voor deze mislukte pogingen om van gedrag te veranderen wordt het al snel ingewikkeld. Bekende wetenschappers hebben prachtige theorieën ontworpen die zouden kunnen voorspellen of een gedragsverandering gaat slagen, ofwel waarom deze mislukt. Het bekendste model is het zogenaamde *stages of change*-model van de befaamde onderzoekers Prochaska en Diclemente. Het wordt ook wel het transtheoretische model genoemd. De grootste verdienste van Prochaska en Diclemente lag waarschijnlijk in het onderscheiden van verschillende fasen die voorafgaan aan het moment

dat iemand daadwerkelijk in actie komt om zijn gedrag te veranderen.

In het model onderscheidt men de volgende fasen. In de **voorbescouwingsfase** (*precontemplation*) is iemand zich nog niet bewust van een probleem. Hij overweegt ook nog niet om zijn gedrag te veranderen. In de **overpeinzingsfase** (*contemplation*) worden voor- en nadelen van een gedragsverandering gewogen. De overweging is om binnen zes maanden het gedrag te veranderen. In de **voorbereidingsfase** (*preparation*) neemt iemand zich voor om daadwerkelijk, binnen een maand, wat aan zijn gedrag te gaan doen. In de **actiefase** vertoont iemand daadwerkelijk het nieuwe gedrag. In de **fase van het gedragsbehoud** (*maintenance*) heeft iemand het nieuwe gedrag ten minste zes maanden volgehouden.

De wetenschappers claimden dat aan de hand van vragenlijsten vastgesteld zou kunnen worden in welke van deze fasen iemand zich bevindt en dat op grond daarvan het al dan niet slagen van een gedragsverandering voorspeld zou kunnen worden. In het geval van alle rokers die er ieder jaar toch weer niet in slagen om op 31 december hun laatste sigaret te roken, zou de verklaring zijn dat ze nog helemaal niet in de voorbereidingsfase zaten toen de jaarwisseling plaatsvond.

Een andere mogelijkheid die het model leek te bieden was het begeleiden van mensen door de verschillende fasen. Op deze manier zou je de kans op een gewenste gedragsverandering kunnen manipuleren. Zo deed een farmaceutisch bedrijf onderzoek naar de mogelijkheid om de *compliance* (therapietrouw) van gebruikers van antidepressiva te vergroten door ze te ondersteunen in de eerste fasen alvorens te starten met gebruik van het middel.

Een hogere therapietrouw (die befaamd slecht is bij het gebruik van antidepressiva) zou flink kunnen bijdragen aan de omzet, had men slinks bedacht. Het onderzoek werd een flop en het was ook lang niet het enige onderzoek waarin het transtheoretische model in de dagelijkse praktijk helemaal niet zo goed bleek te kloppen. De belangrijkste verklaring daarvoor is waarschijnlijk gelegen in het feit dat er soms grote verschillen zijn tussen mensen, waardoor een algemeen model niet op ze van toepassing is.

Een heel andere verklaring voor mislukte gedragsverandering is afkomstig uit onderzoek naar verslaving. Het gaat hier met name om de zogenaamde automatische processen: activiteit in het emotionele brein, die zich onttrekt aan de bewuste controle. Ofwel: emoties die we niet de baas zijn. Mensen die hier meer over willen weten moeten vooral het boek *Slaaf van het onbewuste* van Reinout Wiers lezen, dat hier geheel aan is gewijd. Ook met deze verklaring kom je er lang niet altijd en zeker het voorspellen of een gedragsverandering bij een specifiek persoon zal gaan slagen is nog ver weg. De mogelijkheid dat de beide benaderingen te combineren zijn is er ook nog altijd, maar voor we zover zijn zal er nog heel veel onderzoek gedaan moeten worden.

Een factor van belang bij het slagen in een gedragsverandering is ook het aantal slechte gewoonten dat men tegelijkertijd te lijf wil gaan. Het is heel simpel: je kunt beter eerst één enkele gewoonte duurzaam veranderen en dan pas naar de volgende gaan, dan voor meerdere tegelijk te kiezen. Daar gaat het bij een groot deel van de mensen met goede voornemens vaak mis: stoppen met roken én meer bewegen én gezonder eten. Terwijl enkel het stoppen met roken al heel veel energie vraagt. En van dit soort energie

(wilskracht) hebben we maar een beperkte hoeveelheid. Voor wie hierover meer wil weten, is het eerder aanbevolen boek *Wilskracht* een uitstekende bron van informatie. Er worden vele interessante experimenten die in dit verband zijn gedaan in besproken.

Ook al weten we heden ten dage dus best veel van gedragsverandering, het blijft in het dagelijkse leven buitengewoon lastig om langdurige gewoonten te veranderen. Waarbij het fascinerend is dat je je sommig ongewenst gedrag heel snel eigen kunt maken, om vervolgens jaren bezig te zijn om er weer vanaf te komen. Denk bijvoorbeeld bij verslaving aan een middel als cocaïne. Het zal nog wel even duren voordat we hier goede verklaringen voor hebben. In de tussentijd is het voor veel mensen meer dan ooit van belang om hun gedrag te wijzigen, bijvoorbeeld als ze onaanvaardbare risico's nemen met hun gezondheid. Alleen al het schenken van aandacht aan de complexiteit van gedragsveranderingen is daarom zinvol. En blijven proberen natuurlijk, en niet alleen op 1 januari.

Verantwoording

Alle teksten voor dit boek werden niet eerder elders gepubliceerd. Met uitzondering van het stuk, ‘Nederland preventieland’, dat in iets andere vorm werd opgenomen in een bundel met essays onder de titel *Nederland in ideeën*, die in oktober 2013 werd gepubliceerd door Maven Publishing.

Dat de teksten origineel zijn, betekent niet dat de opvattingen die erin voorkomen niet al in een andere gedaante het levenslicht gezien hebben, zoals in eerdere boeken of in publicaties als de regelmatige bijdragen aan de opiniepagina van de online Volkskrant.

Veel kwam ook al eerder ter sprake bij lezingen. Her en der kan er dus enige inhoudelijke overlap zijn met andere publicaties. Maar hopelijk zet dit slechts aan tot nog meer lezen.

Woord van dank

Mijn loopbaan als publicist begon met het schrijven van kritische stukken over mijn geliefde vak. En hoewel de noodzaak dit te doen er onverminderd is en ik ook af en toe de verleiding niet kan weerstaan, heb ik geprobeerd me de afgelopen jaren meer toe te leggen op wat we kunnen doen om de zorg voor mensen met algemene gezondheidsklachten of met psychische problemen in het bijzonder te verbeteren. Zo verschenen er boeken over ademhaling, sporten en runningtherapie.

Een aantal mensen heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan deze transformatie en enkelen van hen wil ik met name noemen:

Simon van Woerkom, fysiotherapeut en partner in de opleiding runningtherapie: jouw enthousiasme voor het hardlopen met mensen met gezondheidsklachten is aanstekelijk en heeft me heel veel prachtige ontmoetingen met leuke cursisten opgeleverd. En zelf blijven we natuurlijk ook marathons lopen.

Koen de Jong, ademhalingsgoeroe en partner in allerhande ondernemingen: er zijn geen mensen met wie

ik met zo weinig woorden zo veel goede plannen heb kunnen verwezenlijken. Toen we in 2009 de eerste editie van *Verademing* publiceerden hadden we geen vermoeden over alles wat er sindsdien nog zou volgen. En ongetwijfeld volgt er nog veel meer dan *Sportrusten* en Uitgeverij Lucht.

Desirée Wierper-Heijen en Bas Tomassen, partners bij Sitagre en Ergatis: dank voor jullie vertrouwen in mijn persoon en de inhoud van dit boek. Ik hoop oprecht dat we de Nederlandse gezondheidszorg een kwaliteitsimpuls kunnen geven, die mensen met gezondheidsproblemen en iedereen daar omheen (familie, vrienden, collega's en werkgevers) ten goede komt. Snelle, onafhankelijke diagnostiek met een behandeladvies is in de Nederlandse GGZ nog niet gangbaar, maar moet het wel worden.

Zonder verder nog namen te noemen wil ik iedereen uit mijn privéomgeving bedanken die helpt me met beide benen op de grond te houden. Zonder jullie steun en af en toe ook dringend noodzakelijke kritiek was ik nu een eenzame dwaas.

Verder lezen

Er is weinig dat ik leuker vind dan mensen enthousiast maken voor een in mijn ogen interessant boek. Op het terrein van de non-fictie over gezondheid in de breedste zin zijn er vele aanraders. Hier een beknopt lijstje, op alfabetische volgorde van de auteurs:

- Roy Baumeister & John Tierney: *Wilskracht* (Nieuwezijds, 2012). Over de (on)beperkte capaciteiten van ons brein, waarom het volgen van een dieet meestal tot niets leidt, enzovoort. Zeer toegankelijk geschreven, uiterst informatief en gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.
- Scott Jurek: *Eet & ren* (Prometheus, 2013). Het intrigerende verhaal van een veganist, die een van de beste ultralopers aller tijden werd. Ook interessant voor niet-hardlopers, vanwege de uitvoerige aandacht voor het veganistische eten van de hoofdpersoon. *Food for thought* in zuivere vorm.

- Daniel Kahneman: *Ons feilbare denken* (Business Contact, 2011). De wereldberoemde psycholoog en Nobelprijswinnaar stelt in dit meesterwerk het traditionele rationale beslissingsmodel ter discussie.
- Peter Kapitein: *Hoe heeft het zover kunnen komen?* (Uitgeverij Water, 2016). Een analyse van de industrie die gezondheidszorg is geworden aan de hand van de ziekte kanker.
- Carlos Schenck & Hans Hamburger: *Slaap en slaapstoornissen* (Kosmos, 2010). We slapen meer dan 8000 dagen van ons leven. Toch is het wetenschappelijk onderzoek naar wat er dan precies gebeurt en wat er zoal mis kan gaan nog maar net begonnen. Dit boek biedt een mooi overzicht van de kennis op dit belangrijke levensterrein.
- Erik Scherder: *Laat je hersenen niet zitten* (Athenaeum, 2014). Nu al bijna klassiek boek van de Nederlandse 'beweegprofessor'.
- David Servan-Schreiber: *Uw brein als medicijn* (Kosmos, 2003). Al veertien jaar geleden verscheen deze wereldwijde bestseller van de helaas jong overleden Franse psychiater, die beschouwd mag worden als de grondlegger van de integrale psychiatrie. Het boek veranderde mijn professionele leven.
- David Servan-Schreiber: *Antikanker* (Kosmos, 2010). De tweede bestseller van Servan-Schreiber draait om de vraag wat er speelt rond kanker. Hoe zorgen we voor goede voeding, niet te veel stress en een goed leefmilieu? Zijn eigen ervaringen spelen hierbij een grote rol.

Manfred Spitzer: *Digitale dementie* (Atlas Contact, 2013).

Provocerend boek van Duitse hoogleraar en psychiater, die zich baseert op wetenschappelijk onderzoek, maar die af en toe iets te stellig is met zijn persoonlijke mening. Niettemin een aanrader voor iedereen die nuance zoekt ten opzichte van het ongeremde optimisme van de internetgoeroes.

Reinout Wiers: *Grip op je problemen* (Bert Bakker, 2013).

Cognitieve training bij verslaving en angst. Hoogleraar ontwikkelingspsychologie en verslavingsonderzoeker zet uiteen waarom er naast medicijnen en praat sessies een derde behandelmogelijkheid voor angsten en verslavingen in opkomst is: gerichte mentale oefeningen.

Ivan Wolffers: *Gezond* (Nieuw Amsterdam, 2011). Arts en

antropoloog Wolffers schrijft al decennia interessante stukken over gezondheid in de breedste zin. Dit is zijn opus magnum en een absolute aanrader voor iedereen die zijn kennis rond gezondheid wil verdiepen.

Ivan Wolffers: *Het gezonde lifestyleboek* (Nieuw

Amsterdam, 2013). Zinnvolle en praktische adviezen over leefstijlverandering.

Bram Bakker (1963) is psychiater en publicist. Hij promoveerde op de behandeling van paniekaanvallen en heeft in diverse GGZ-instellingen uitgebreide ervaring opgedaan met zeer uiteenlopende psychische problematiek. Thans is hij medisch directeur van Sitagre, een vernieuwend zorgbedrijf dat zich heeft gespecialiseerd in onafhankelijke diagnostiek en behandeladvies bij psychische klachten. Bekende boeken van zijn hand zijn *Te gek om los te lopen*, *Verademing*, *Mateloos* en *Runningtherapie*.



“We leven in een tijd waarin we ons bewust moeten zijn van de beperkte voorraden energie die we hebben, op alle niveaus. Het is mijn overtuiging dat dit boek een bijdrage kan leveren aan het denken daarover, ik hoop dan ook dat het u zal inspireren”

Joop Alberda, Olympisch Gouden Medaille winnar met het herenvolleybalteam 1996

“Scherpe diagnoses en een flinke dosis gezond verstand. Wie iets wil begrijpen én doen op het gebied van vitaliteit, moet dit boek lezen”

Ben Tiggelaar, schrijver van o.a. *Dromen, durven, doen*

www.uitgeverijlucht.nl

