

Prof. dr. H.E. van der Horst

Over de huisartsgeneeskunde

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit/VU Medisch Centrum op 11 april 2008.

Over de huisartsgeneeskunde

Meneer de rector,

Dames en heren,

De voor u wellicht weinigzeggende titel van mijn oratie 'Over de huisartsgeneeskunde' is voor mij veelbetekenend. Ik heb de titel ontleend aan Michel de Montaigne, een Franse filosoof en politicus die een belangrijke rol speelt in mijn verhaal. In de komende 40 minuten zal ik het eerst hebben over klachten en ziekten en over patiënten en dokters: het wezen van de huisartsgeneeskunde. Daarna bespreek ik de bijdrage die de huisartsgeneeskunde, en in het bijzonder onze afdeling, levert aan de maatschappelijke opgaven in de zorg waarvoor we de komende jaren staan.

Klachten en ziekten, dokter en patiënten

Rond 1570 trok Montaigne zich terug in het kasteel dat zijn grootvader had gekocht en schreef zijn eerste essays - hij was zelfs de eerste die essays schreef - en hij ging daarmee door tot aan zijn dood in 1592.⁽¹⁾ Zijn essays zijn persoonlijke overpeinzingen over een keur van onderwerpen. Ik voel me aangetrokken tot zijn werk omdat hij alle belangrijke en alledaagse levensvragen in een aangename afwisseling de revue laat passeren. Diezelfde aangename afwisseling tref ik aan in de huisartsgeneeskunde, waar alledaagse klachten, relatieproblemen, werkconflicten, chronische aandoeningen, preventievraagstukken en levensbedreigende ziekten over elkaar heen buitelen op een en dezelfde dag. Het werk van de huisarts is nooit af, maar het is ook nooit saai. Het is een vak om gepassioneerd door te raken.

De geneeskunde en het gedrag van dokters zijn met grote regelmaat onderwerp van Montaignes kritische overpeinzingen. Ik laat hem nu eerst aan het woord over een paar thema's die de huisartsgeneeskunde nauw raken. Daarna zal ik mijn eigen overpeinzingen over de huisartsgeneeskunde, een onderwerp dat mij lief is, en dat vele kanten heeft, met u delen.

'Over de geneeskunde ben ik bereid alles te geloven wat men maar wil, goed of slecht, want goddank hebben we niets met elkaar van doen.'

Dat klinkt weinig kritisch, maar in de volgende zin slaat hij hard toe:

'In tegenstelling tot anderen heb ik altijd al weinig op met de geneeskunst, maar als ik ziek ben begin ik, in plaats van mij met haar te verzoenen, haar al helemaal te haten en te vrezen. En wie mij er toe aansporen om medicijnen in te nemen, antwoord ik dat ze tenminste moeten wachten tot ik weer gezond en op krachten ben, want dan ben ik beter tegen de uitwerking van hun brouwsels en de risico's daarvan bestand. Ik laat de natuur haar werk doen, en ga ervan uit dat zij zich met tanden en klauwen heeft toegerust, om zich te verweren tegen de aanvallen die er op haar gedaan worden en om dit gestel te behouden en het voor uiteenvallen te behoeden.' (Wisselende uitkomsten bij eenzelfde doelstelling, I, 24)

Montaigne geeft hier blijk van een benadering van ziek-zijn die ook aan de basis ligt van de huisartsgeneeskunde: hij heeft vertrouwen in het vermogen van het lichaam om zich te herstellen. Hij pleit voor het afwachten van het natuurlijk beloop, iets waar huisartsen ook groot voorstander van zijn. Hij is zich bewust van de risico's die kleven aan geneeskundige behandelingen, en onderschrijft ongetwijfeld het adagium 'primum nil nocere'. Onze huidige aandacht voor patiëntveiligheid zou hij zeker weten te waarderen. Of zijn uitspraak dat hij pas bereid is iets in te nemen als hij gezond is, beschouwd kan worden als een positieve houding ten aanzien van preventie betwijfel ik.

Maar ook Montaigne ontkomt er niet aan af en toe een dokter te consulteren - hij leed aan nierstenen - en zich met angst en beven te onderwerpen aan diens onderzoek. Dat verwoordt hij in de volgende passage:

'Juist omdat de fouten van een arts ernstige gevolgen kunnen hebben, zijn wij er beroerd aan toe, want het kan haast niet anders of hij zal er vaak toe vervallen. Hij moet te veel details in overweging nemen, op te veel omstandigheden letten, om tot een steekhoudende afweging te komen. Hij moet de constitutie van de patiënt kennen, zijn temperament, zijn stemmingen, neigingen, daden, ja zelfs zijn gedachten en ideeën. Hij moet zich rekenschap geven van uiterlijke omstandigheden, zoals de natuurlijke gesteldheid ter plaatse, hoe de lucht en het weer zijn, de stand van de planeten en hun invloeden; hij moet de oorzaken van ziekten kennen en de symptomen, hoe die op het organisme inwerken, en wanneer de crisis uitbreekt; hij moet weten hoe sterk het geneesmiddel is, wat het uitricht, waar het vandaan komt, hoe het eruit ziet, hoe oud het is en hoe het wordt toegediend; en al deze factoren moet hij kunnen combineren en op elkaar afstemmen om een volmaakt evenwicht te bereiken. Als hij daarbij een fout maakt, hoe klein ook, als er onder al deze factoren ook maar een is die afwijkt, dan kan dat al onze dood betekenen. En God weet hoe moeilijk de meeste van deze details te onderkennen zijn. Om maar een voorbeeld te

noemen: hoe komen artsen achter het symptoom dat de ziekte typeert, als elke ziekte talloze symptomen kent? Hoeveel controversies en onderlinge twijfels hebben ze niet over het analyseren van de urine? Anders gezegd, hoe komt het dat zij steeds weer verschil van mening krijgen over de diagnose van ziekte? [...] Bij de kwalen die ik heb gehad heb ik nog nooit meegemaakt dat zodra zich ook maar de geringste complicatie voordeed, drie artsen het met elkaar eens waren.' (Kinderen lijken op hun ouders, II, 37)

Vier eeuwen later zijn de essays van Montaigne nog steeds actueel. Hij beschrijft niet alleen het probleem van de interdoktervariatie, hij onderkent het belang van context, cognities, stemming, gedrag en aanleg voor het juist interpreteren van wat iemand mankeert. Ook zijn vraag over het achterhalen welk symptoom de ziekte typeert, als elke ziekte talloze symptomen kent, is nog steeds niet beantwoord. Wat maakt een ziekte tot een ziekte, wanneer spreken we van een specifieke ziekte? Door onze toenemende kennis over pathofysiologische mechanismen veranderen onze opvattingen over bijvoorbeeld astma, depressie, en hart- en vaatziekten voortdurend. Die veranderende inzichten hebben consequenties voor onze diagnostiek en ons beleid. Maar het diagnostisch proces, dat Montaigne zo gedetailleerd beschreven heeft, is niet wezenlijk veranderd. Het bestaat nog steeds uit het verzamelen en wegen van informatie. Naast informatie over de klachten hebben we ook informatie over de voorgeschiedenis nodig en informatie over factoren die de klachten kunnen veroorzaken of in standhouden voordat we tot een oordeel kunnen komen over wat er aan de hand is.

Patiënten met klachten of met angst voor een ziekte verwachten een diagnose van een arts. Intuïtief weet iedereen dat die diagnose iets zegt over de prognose. Daar gaat het uiteindelijk om, weten óf en vooral wánnere de pijn of het ongemak over gaat of weten of de angst voor een ziekte terecht is of niet.

De stap die volgt na het stellen van een diagnose is ook niet anders dan in de tijd van Montaigne: bedenken of de prognose te beïnvloeden valt, met andere woorden is een behandeling wel zinvol? Daarover schreef Montaigne: 'hij (de dokter) moet weten hoe sterk het geneesmiddel is en wat het uitricht en hoe het wordt toegediend.' Als we geneesmiddel hier breed opvatten, dan geldt deze opmerking voor ons hele therapeutische arsenaal.

Vier eeuwen geleden had Montaigne het gevoel dat hij aan de goden was overgeleverd als hij ziek werd; nu denken we daar anders over. Onze dokters zijn wetenschappelijk opgeleid, hun kennis is niet alleen meer gebaseerd op overdracht door hun leermeesters en ervaring, maar stoelt ook op gegevens

uit wetenschappelijk onderzoek. Niet alleen zijn onze dokters wetenschappelijk opgeleid, ze werken transparant, hanteren protocollen en standaarden, leggen verantwoording af, en zijn bereid een levenlang te leren. Ook zijn ze omringd door een keur aan andere professionals in de zorg, en werken ze steeds meer samen. Maar: zou Montaigne zich anno 2008 in de hemel wanen?

Klachten zonder oorzaak

We zetten Montaigne even in de tijdmachine van professor Barabas om een kijkje te nemen in de spreekkamer van de huisarts van nu. Ik stel u voor aan een 21^{ste} eeuwse Michel, Michel M., een 40-jarige man. Hij heeft al een tijd last van zijn rechterpols. Dat ergert hem mateloos, want hij schrijft graag. Onze Michel gebruikt geen toetsenbord, maar schrijft nog met een pen. De laatste maand moet hij die steeds vaker neerleggen, omdat zijn hele arm pijn doet. Hij gaat naar zijn huisarts om advies te vragen. Vroeger kon hij uren achtereen schrijven zonder een centje pijn. Er moet dus iets mis zijn in zijn pols. Om te voorkomen dat het steeds erger wordt, en hij het schrijven helemaal moet opgeven - een rampzalig vooruitzicht - moet er echt wat gebeuren. Om te beginnen wil hij het oordeel van een deskundige over zijn klachten. Wat is het en waar komt het vandaan? Gaat dit vanzelf over of gaat het van kwaad tot erger?

De huisarts neemt de anamnese af, vraagt naar Michels ideeën over het ontstaan van de klachten, vraagt wat hij er zelf aan gedaan heeft en of dat geholpen heeft. Daarna onderzoekt ze de pols, de arm en zelfs de schouder, want dat hangt allemaal met elkaar samen. En zoals dat wel vaker gaat: ze kan geen afwijkingen vinden. De arm ziet er normaal uit, pols, elleboog en schouder kunnen normaal bewegen en de pijn is nauwelijks op te wekken.

Wat is er aan de hand? Er zijn duidelijke klachten, Michel is niet kleinzerig, hij ondervindt er hinder van en toch stelt de huisarts vast dat er geen afwijkingen zijn. Dokters schaften een paar jaar geleden de term RSI af omdat het werkingsmechanisme niet was aangetoond en de term een negatieve lading kreeg. Maar de klachten zijn er nog steeds. Tijd voor een andere naam dus: Michel heeft nu last van CANS: *complaints arm neck and shoulder*. Schieten we met zo'n naamsverandering iets op? Is CANS wel een diagnose? Of is het een term voor een verzameling klachten? Laten we het eens vergelijken met een andere aandoening van de gewrichten. Is reumatoïde artritis een diagnose of een term voor een verzameling gewrichtsklachten? U bent het

vast met mij eens dat er bij CANS geen sprake is van een diagnose, en dat een uitspraak doen over de prognose erg lastig is, terwijl we allemaal reumatoïde artritis een ziekte vinden waarvan we bovendien de prognose tot op zekere hoogte kennen.

Dit illustreert een van de problemen van de geneeskunde: wat maakt een diagnose tot een diagnose, of om de woorden van de oude Michel de Montaigne nog een keer te gebruiken. 'Wat is het symptoom dat de ziekte typeert, als elke ziekte talloze symptomen kent?' Afhankelijk van hoe ver we ons ziektebegrip oprekken, stellen we bij mensen die met klachten hun huisarts bezoeken in een derde tot de helft van de consulten geen specifieke diagnose.(2,3) We noemen het dan lichamelijk onverklaarde klachten of lichamelijke klachten die ontstaan als reactie op stress of klachten passend bij een angststoornis of depressie. Het merendeel van de mensen komt na het eerste consult niet meer met deze klachten terug bij hun huisarts. We nemen als dokters dan maar aan dat ze 'vanzelf' over zijn gegaan. Maar de klachten verdwijnen niet altijd. Het fenomeen van lichamelijk onverklaarde klachten is omvangrijk en zorgt voor veel ongerustheid, voor afgenomen levensvreugde, arbeidsverzuim en verlies aan sociale activiteiten.(4,5)

Michel vraagt of zijn huisarts toch iets kan doen, ondanks het feit dat ze niet weet waar zijn klachten vandaan komen. De huisarts heeft daar wel een antwoord op. Als slimme meid kijkt ze tijdens haar consult op internet. De Cochrane Collaboration heeft tot haar opluchting de gegevens van 25 onderzoeken over CANS keurig samengevat.(6) Maar de onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen en geen enkele therapie lijkt erg effectief. Michel kan oefeningen, manuele therapie, ergonomische aanpassing, massage proberen en hij kan dat ook allemaal tegelijk doen. Misschien heeft dat dan enig effect, maar het bewijs ervoor is beperkt.

Michel is nog niet echt tevreden met het gegeven antwoord. Het is mooi dat er goede onderzoeken uitgevoerd worden maar wat schiet je daar als individuele patiënt mee op? Wanneer zeggen de resultaten iets over wat nu voor jou als individuele patiënt het beste is? De schaker Jan Hein Donner schreef hierover twintig jaar geleden een mooie column.(7)

'De duizeligheid in mijn hoofd wilde maar niet minder worden, en ik kwam tot de conclusie dat het aan de pillen lag die ik te slikken kreeg. Ik besloot ze weg te gooien – geen motie van wantrouwen tegen de medische stand – maar ik was zo dom de hoofdzuster daarvan op de hoogte te stellen. [...] De volgende dag was hij [de dokter] er voor dag en dauw. Een nog jonge man, die mij bezwoer mijn medicijnen toch te slikken. [...] In veertig of zestig

procent van de gevallen die hadden wat ik had hielpen ze enzovoort, enzovoort. Tot mijn verbazing kwam er precies de denkwijze uit waar ik de grootste hekel aan heb. Daar maakte ik al ruzie om met Barendregt die de psychologie op statistische leest schoeide. [...] De causaliteit kan verder wel vergeten worden, de statistiek moest verder worden uitgebouwd. Vooral de farmaceutische industrie en de artsen, die daarvan de handlangers zijn, hoorden dat met genoeg aan. Zij hadden al zolang hetzelfde gezegd. En zo slik ik nu pillen die mij een kans van veertig procent geven. Maar niemand weet waarom.'

De ervaringen van Donner illustreren een ander onopgelost probleem in de geneeskunde. Ook al hebben we vastgesteld dat een geneeswijze door de bank genomen effectief is, effectiever dan niets doen, we kunnen alleen maar in termen van kansen voorspellen of het voor die individuele patiënt ook effectief is.

Bij gebrek aan harde kennis over etiologie, beloop en behandeling moeten dokters dus meer in huis hebben dan alleen medische kennis en vaardigheden. Ze moeten ook kunnen luisteren, zodat ze de context van de klachten, het verhaal van de patiënt kennen, opdat zij met de beperkte beschikbare kennis samen met de patiënt een beleid kunnen uitstippelen. Een beleid dat mogelijk tot het gewenste resultaat leidt, maar misschien ook tussentijds bijgesteld moet worden.

De huisarts

Daar zit de huisarts dan met medische kennis die nog een flink aantal lacunes vertoont, met een enorme variatie in vaak moeilijk te duiden klachten, en in een spagaat tussen individueel patiëntenbelang en het belang van de samenleving. En dat dan ook nog in een sterk veranderend maatschappelijk veld.

Om het enorm diverse aanbod het hoofd te kunnen bieden, moet de huisarts van alle markten thuis zijn en, steeds belangrijker, nieuwe markten leren kennen. Ten tijde van Montaigne stonden dokters en steensnijders letterlijk op de markt, maar ook nu is de zorg een markt waar professionals op *transparante wijze hun kwaliteitswaar verkopen* en *kritische consumenten* een *geïnformeerde keuze* kunnen maken. Dat is het beeld dat de overheid graag wil zien. Maar is het ook een reëel beeld en wat betekent het voor de verschillende partijen, en meer in het bijzonder, wat betekent het voor

huisartsen en patiënten? Tegen de elementen afzonderlijk valt weinig in te brengen. Laat ik ze allemaal even langslopen.

Transparantie, verantwoording afleggen over wat je doet en hoe je het gedaan hebt, is een redelijke eis. Verantwoording afleggen leidt waarschijnlijk tot verbetering van de kwaliteit van het geleverde product, in ons geval, de zorg.⁽⁸⁾ Zo lang dat niet leidt tot bureaucratische rompslomp kunnen we transparantie alleen maar toejuichen.

Zorgverleners willen natuurlijk ook *kwaliteit* leveren; je zult nooit zo iemand horen zeggen dat het haar een rotzorg is. De definitie van kwaliteit is al een stuk lastiger: wanneer is zorg kwalitatief goed? Als de processen op orde zijn, de procedures gevolgd zijn, of als de uitkomsten goed zijn? Dat eerste is een voorwaarde, maar niet eens een *conditio sine qua non*. Het laatste is lastig, uitkomsten op patiëntniveau zijn maar zelden alleen afhankelijk van de geleverde zorg.

En hoe moet het met het *verkopen*? Steeds vaker zijn er diverse hulpverleners bij iemand betrokken, die elk een steentje bijdragen aan de verleende zorg en dus aan de uitkomst. Dat wordt lastig op de markt waar we onze waar verkopen. Want om te zorgen dat men onze waren koopt, moeten we concurreren, maar om goede zorg te verlenen moeten we samenwerken. Marktwerking dwingt je ertoe om als hulpverlener je eigen domein goed af te grenzen, je territorium te verdedigen of uit te breiden, daarmee kan de zorg voor de patiënt in het gedrang komen.

Toch zijn er ook positieve kanten aan de toenemende marktwerking in de zorg; het vraagt van de huisartsen een (pro)actieve houding. Ze werken meer samen met elkaar en met andere zorgverleners en dat is een belangrijke voorwaarde om de toenemende en steeds complexere zorgvragen het hoofd te bieden. Ik kom daar nog op terug.

Nu naar de *kritische consument*. Spreken over consumenten in de zorg suggereert een keuzevrijheid die er in veel gevallen niet is.¹ Iedereen die wel eens ziek is geweest weet hoe lastig *het weloverwogen kiezen* is. Zodra ik ziek word, verandert er iets in mijn bestaan, mijn perspectief wordt bedreigd, in een aantal gevallen verlies ik mijn zelfstandigheid. Als ik de experimentele behandeling A kies, verbeter ik mijn overlevingskansen met 5% extra, maar er zijn wel onaangename bijwerkingen en er is een klein risico op ernstige complicaties. De standaardbehandeling B is goed, maar levert niet die extra 5% verbetering op. Behandeling B heeft wel veel minder bijwerkingen dan behandeling A. Wat moet ik doen, wat betekent die 5% extra nu precies, zegt

dat iets over mijn genezingskans als individu? Hoeveel last zal ik hebben van die nare behandeling?

Informatie geven en helpen bij het interpreteren ervan voor een concrete situatie wordt steeds belangrijker. Maar hoe verhoudt zich dat tot het idee dat de consument zelf zijn producten kiest? De informatie die ik nodig heb om te beslissen, is niet zomaar ergens vandaan te plukken, daarvoor is een deskundige nodig die ook mijn ziektegeschiedenis, mijn context kent, kortom een vertrouwensrelatie met een behandelaar is in zo'n geval wel fijn. Wie kan dat beter dan de huisarts?

Vaardige dokters die wetenschappelijke kennis kunnen toepassen in de context van de patiënt moeten kunnen reflecteren op hun handelen. Montaigne bracht al in zijn tijd het levenslange leren in praktijk. Zijn essays zijn geen statische, voor altijd afgeronde verhalen, hij herschreef ze voortdurend als hij tot nieuwe inzichten gekomen was over een thema. Het bijzondere van zijn essays is dat hij steeds het persoonlijke weet te verbinden met algemene thema's, waardoor je als lezer gedwongen wordt na te denken over hoe jij je verhoudt tot die thema's. Montaigne was bij uitstek een reflector, iemand die geen genoegen nam met een oppervlakkige analyse van gebeurtenissen, maar die vragen bleef stellen. Dat vermogen om vragen te stellen, geen genoegen te nemen met een gemakkelijke, voor de hand liggende verklaring, en daarbij kritisch naar je eigen denken en handelen te kijken, is onmisbaar voor dokters. Het is de achtste competentie die we bij VUmc hebben toegevoegd aan de zeven CanMeds competenties voor artsen.(9,10)

Leren reflecteren is een onmisbaar onderdeel van de basisopleiding en de huisartsopleiding waar onze afdeling al heel lang aandacht aan besteedt, naast de aandacht voor de andere zeven competenties. Reflecteren op de weerbarstige relatie tussen theorie en praktijk is noodzakelijk in onderwijs, in onderzoek en in de zorg om een stapje verder te komen met de problemen die ik hiervoor geschetst heb. Reflecteren is ook bittere noodzaak, in een wereld die steeds sneller draait, waar technologische ontwikkelingen in een razend tempo gaan, waar innovatie een sleutelwoord is, waar stilstand als achteruitgang wordt betiteld en waar de vraagstukken steeds complexer worden, evenals de samenwerkingsrelaties.

Maar de huisarts van nu moet niet alleen vaardig zijn en reflecteren, ze moet bovenal de relatie tussen patiënt en huisarts koesteren. Die ontmoeting tussen dokter en patiënt rond een vraagstuk over ziekte en gezondheid, soms leven en dood, is het kloppend hart van de geneeskunde, dat is waarom het

uiteindelijk draait.ⁱⁱ Als we dat verwaarlozen, als het steeds meer van ondergeschikt belang wordt, dan hebben we de zorg misschien uitermate efficiënt en transparant georganiseerd, maar dan hebben we wel het kind met het badwater weggegooid.

De universitaire huisartsgeneeskunde

Het is tijd om onze blik te verbreden en de maatschappij en de taken van de universitaire wereld te bezien. De zorgvraag groeit maar de maatschappelijke mogelijkheden om daaraan te voldoen zijn niet onuitputtelijk. De minister van Volksgezondheid heeft in 2006 een nota uitgebracht waarin hij een vijftal maatschappelijke opgaven onderscheidt die voortkomen uit de steeds grotere kloof tussen vraag en aanbod.(11)

Dit zijn die vijf maatschappelijke opgaven:

- Een toenemende en veranderende zorgvraag, toenemende complexiteit van zorgvraagstukken
- Langer leven in gezondheid
- Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid
- Grenzen aan de zorg, omgaan met schaarste
- Versnellen van ontwikkeling en implementatie van innovatieve producten.

De minister heeft de acht universitair medische centra, en dus ook de afdelingen huisartsgeneeskunde, uitdrukkelijk gevraagd aan te geven welke bijdrage zij kunnen leveren om deze maatschappelijke opgaven het hoofd te bieden. De universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde hebben die handschoen opgepakt en een paar weken geleden hebben we ons antwoord aangeboden aan het ministerie van VWS.(12) Cruciaal in ons antwoord zijn de voorstellen over de integratie van zorg, onderwijs en onderzoek, de drie academische functies. Die integratie kan leiden tot de zo gewenste innovatie in de eerste lijn en tot het overbruggen van de kloof tussen theorie en praktijk. We hebben ons als afdelingen huisartsgeneeskunde lange tijd vooral met onderwijs en onderzoek beziggehouden. De dagelijkse huisartsgeneeskundige zorg vond per definitie buiten de muren van de academie plaats. Sinds een aantal jaren beschikt elke afdeling huisartsgeneeskunde over een academisch netwerk van huisartsenpraktijken

en soms ook, zoals onze afdeling, over een eigen universitaire huisartsenpraktijk.

Hoe levert *onze* afdeling een bijdrage aan het oplossen van al deze problemen, afgezien van het feit dat we competente huisartsen opleiden en bijdragen aan het opleiden van competente basisartsen? Ik bespreek vandaag vooral de eerste twee opgaven, 'de toename van zorgvragen en complexiteit', en 'langer leven in gezondheid', de andere drie opgaven stip ik slechts kort aan.

De maatschappelijke opgaven

De eerste opgave: toename van zorg en complexiteit

De minister noemt de toename van het aantal zorgvragen en de toename van de complexiteit van de zorgvragen de eerste maatschappelijke opgave. Hoewel we steeds langer leven, is het laatste deel van ons leven meestal niet vrij van kwalen en kwaaltjes. Multimorbiditeit, niet op elkaar afgestemde behandelrichtlijnen en afnemende zelfstandigheid bepalen grotendeels de complexiteit van die toenemende zorgvragen. Het Nationaal Programma Ouderenzorg van VWS dat dit jaar van start gaat, voorziet in het opzetten van geriatrische zorgnetwerken.(13) In die netwerken - in eerste instantie gesitueerd rond de umc's moet de geriatrische zorg naadloos van de ene vorm van zorg in de andere overgaan. Juist over die overgang tussen thuis en ziekenhuis, huisarts en specialist, ziekenhuis en verpleeghuis, klagen mensen steen en been. Hulpverleners werken misschien wel samen, maar ze communiceren regelmatig maar moeizaam met elkaar.

De regievoering in de ouderenzorg moet in de eerste lijn plaatsvinden. Daar speelt het grootste deel van die zorg zich af. Waar andere zorgverleners vaak gedurende een beperkte tijd met een patiënt te maken hebben of alleen een specifiek probleem behandelen, heeft de huisarts in principe een langdurige relatie met patiënten en bestrijkt haar zorg alle gezondheidsproblemen.(14) Die langdurige relatie stelt haar in staat om in Montaignes woorden: 'de constitutie van de patiënt te kennen, zijn temperament, zijn stemmingen, neigingen, daden, ja zelfs zijn gedachten en ideeën, zich rekenschap te geven van uiterlijke omstandigheden, zoals de natuurlijke gesteldheid ter plaatse.' In eigentijdse termen heet dat kennis over de context en de voorgeschiedenis van de patiënt hebben. Waar de patiënt idealiter zelf de regie voert over zijn gezondheidsproblemen, kan de huisarts,

of een van haar praktijkondersteuners, inspringen als het hulpverleningsproces te ingewikkeld en onoverzichtelijk wordt, of als de patiënt, juist door zijn gezondheidsproblemen, niet meer in staat is de regie zelf te voeren.(15)

De staatssecretaris van VWS heeft bij het programma ouderenzorg nadrukkelijk aangegeven dat ouderen zelf actief betrokken moeten zijn bij het vormgeven van de zorg. De zorg moet aansluiten bij *hun* behoeften. Ik vind dat een van de grote uitdagingen waar deze maatschappelijke opgave ons voor stelt. Niet alleen is het vaak karige aanbod van zorg niet in overeenstemming met de behoefte van de oudere patiënt. Ook gaat die geuite behoefte nogal eens in tegen wat hulpverleners als wenselijk beschouwen. Mijn 85-jarige patiënte mevrouw De Wit vindt dat ze op haar leeftijd wel recht heeft op een huisbezoek als ik haar bloeddruk wil controleren. Ik vind dat het beter is dat ze naar de praktijk komt, ze is dan in beweging, haalt een frisse neus en is weer eens onder de mensen. Hoe we verschillen tussen patiënten, hulpverleners en maatschappij in waarden en oordelen over vorm en kwaliteit van de zorg goed moeten wegen, is de uitdaging waar we voor staan. Dat wegingsproces kan alleen goed en zorgvuldig plaatsvinden als alle betrokkenen, dus ook de ouderen, hun kennis en ervaringen met elkaar delen en naar elkaar luisteren.

Aan deze eerste maatschappelijke opgave levert onze afdeling samen met andere afdelingen een bijdrage op alle drie de academische terreinen: zorg, onderzoek en onderwijs. We beschikken over de gegevens over al dan niet gezond ouder worden, die de Longitudinal Aging Study Amsterdam, ons opgeleverd heeft.(16) We maken gebruik van onze ervaringen met het ketenzorgmodel voor diabetes in West-Friesland en van de gegevens uit allerlei eigen onderzoeksprojecten op het terrein van depressie en dementie bij ouderen.(17) We hebben een hoogleraar multimorbiditeit in huis, en we beschikken over een academisch netwerk huisartsgeneeskunde waarin huisartsen actief betrokken zijn bij het bedenken van onderzoeksvragen, bij het uitwerken van onderzoeksopzetten, bij onderwijsexperimenten en bij het opzetten en uitvoeren van zorginnovatieprojecten.

De tweede opgave: langer leven in gezondheid

Ook de tweede maatschappelijke opgave, langer leven in gezondheid, vraagt om een actieve inzet van hulpverleners. Voorkomen is beter dan genezen, maar soms is het nog moeilijker. De grote thema's zijn bekend: overgewicht en een weinig actieve leefstijl leiden tot gezondheidsellende in

de vorm van diabetes, hart en vaatziekten en vroegtijdige sterfte. Maar ook psychische problemen en aandoeningen leveren veel narigheid op, en preventie wordt daarbij een steeds belangrijker thema, juist in de eerste lijn.(18)

Bij preventie kan de huisarts maatwerk leveren omdat zij, in Montaignes woorden, 'de constitutie van de patiënt kent, zijn temperament, zijn stemmingen, neigingen, daden, ja zelfs zijn gedachten en ideeën en zich rekenschap geeft van uiterlijke omstandigheden, zoals de natuurlijke gesteldheid ter plaatse.' Dat geldt vooral bij preventieve maatregelen die bijvoorbeeld gedragsverandering vereisen. Juist de context bepaalt hoe makkelijk of, vaker, hoe moeilijk noodzakelijke gedragsveranderingen tot stand komen. Een aantrekkelijk trappenhuis nodigt meer uit om de trap te nemen dan de naargeestige trappenhuisen die ook de gebouwen van de VU kenmerken.(19) Minimale interventiestrategieën in de huisartsenpraktijk zoals meer bewegen of stoppen met roken sorteren wel degelijk enig effect, al is dat vaak minder groot dan we zouden wensen.(20) Dat individuele effect is niet te versmaden, maar om het probleem effectief aan te pakken is er meer nodig. Als er geen samenhangende maatregelen komen, als individuele hulpverleners elkaar tegenspreken in hun adviezen, dan zal de motivatie van mensen om te veranderen niet groot zijn. Huisartsen, jeugdartsen en sociaalgeneeskundigen moeten hun krachten dus bundelen.

Binnen VUmc zijn de voorwaarden voor die samenwerking optimaal aanwezig. Preventie van overgewicht is een van de aandachtsgebieden van EMGO, waarin het onderzoek van onze afdeling, maar ook dat van de afdeling sociale geneeskunde is ondergebracht. Op onderzoeksgebied werken we als huisartsen en sociaalgeneeskundigen al samen, een volgende stap is om ook in de zorg en in de opleiding gezamenlijk op te trekken en elkaars expertise te benutten.

Toch is er een maar: ook hier is er vaak een kloof tussen wat artsen goede preventie vinden en wat patiënten acceptabel vinden. Wees eens eerlijk: als we alle adviezen die we dagelijks over ons uitgestrooid krijgen zouden opvolgen, dan wordt het leven een knap lastig opgave; we hebben geen tijd om ons te vervelen, maar ook geen tijd meer om nog ergens van te genieten. Als we uitgaan van de patiënt als consument die zijn waar kritisch bekijkt voordat hij er gebruik van maakt, dan is er op het gebied van preventie *nog* wel een probleem. Er is sprake van een preventieparadox: dat betekent dat de winst bij veel preventieve activiteiten voor een individu niet te voorspellen is - en vaak minimaal is -, maar op het niveau van de

samenleving leveren die activiteiten wel degelijk winst op.(21) Dan is het dus des te belangrijker om patiënten, cq. consumenten, te betrekken bij het opzetten van preventieve activiteiten, en bij het evalueren van de effecten daarvan. Neem het voorbeeld van meer bewegen. Voor gemiddeld 3 mm daling van de bloeddruk loopt niemand warm (of hard), al levert het jaarlijks een daling van het aantal hartinfarcten in Nederland op. Maar een betere conditie krijgen waardoor je stemming verbetert, je harder kunt werken, of na je werk nog fit genoeg bent voor andere activiteiten, stimuleert misschien wel om meer te gaan bewegen.

Het thema van langer leven in gezondheid beperken tot alleen de preventie is overigens niet terecht. Het doet geen recht aan het merendeel van het werk van de huisarts. Nog steeds zijn klachten de belangrijkste reden om naar de huisarts te gaan.(22) Veel klachten kunnen we inmiddels verklaren en we kunnen ze zelfs effectief behandelen. Maar voor veel klachten geldt nog steeds Montaignes probleem: hoe stellen we vast of er sprake is van ziekte en om welke ziekte het gaat. Daarvoor is onderzoek nodig dat in de huisartsenpraktijk plaatsvindt. Kennis over het ontstaan van klachten, over het beloop ervan, en over factoren die dat beloop beïnvloeden of voorspellen, kunnen we verkrijgen door grote cohorten in de tijd te volgen. Ons academisch netwerk met een centrale database waarin alle patiëntgegevens geanonimiseerd opgeslagen zijn, biedt een uitgelezen kans voor het langdurig volgen van een groot cohort patiënten.

Klachten hebben verschillende dimensies, waarvan de lichamelijke er slechts een is. Klachten gaan altijd gepaard met cognities en emoties - denk aan Michel met zijn polsklachten - en klachten leiden vaak tot aanpassingen in gedrag, die al dan niet adequaat zijn. Klachten hebben ook gevolgen voor iemands sociale activiteiten en de omgang met anderen. Als we op zoek gaan naar pathofysiologische mechanismen dan kunnen we die andere dimensies niet buiten beschouwing laten. Op dit terrein dat heel lang stiefkind van de geneeskunde was, gaan de ontwikkelingen snel. Neurofysiologisch en neuroendocrien onderzoek levert nieuwe inzichten op in de wijze waarop cognities, emoties, gedrag en klachten elkaar op allerlei plaatsen in het lichaam beïnvloeden; deze nieuwe inzichten onderbouwen onze al langer bestaande aanpak.(23) Dit terrein gaan we de komende jaren verder verkennen. Onderzoekers van onze afdeling houden zich daar ook al lang mee bezig. Ook bij dit soort onderzoek betrekken we diverse partijen bij de opzet en uitvoering: naast onderzoekers ook praktiserende huisartsen en andere medische en niet-medische disciplines. Het interfacultaire onderzoeksinstituut in oprichting, waarin naast EMGO, ook de faculteit aard-

en levenswetenschappen en de faculteit psychologie en pedagogiek participeren, biedt in dat opzicht de mogelijkheid om zowel vakinhoudelijke kennis als methodologische kennis van verschillende disciplines met elkaar te combineren.

We brengen ook hier onderzoek, zorg en onderwijs samen. We zetten een polikliniek voor lichamelijke onverklaarde klachten op, gesitueerd in de universitaire huisartsenpraktijk, waar huisartsen hun patiënten kunnen verwijzen naar een huisarts met specifieke expertise op het terrein van lichamelijke onverklaarde klachten. Dit is niet de polikliniek voor vage klachten die twee maanden geleden zo uitgebreid in het nieuws kwam. Die polikliniek is bedoeld voor mensen met langdurige lichamelijke onverklaarde klachten die vastgelopen zijn in de zorg en voor mensen die zowel een chronische lichamelijke ziekte als een psychiatrische aandoening hebben. Wij zitten veel eerder in het traject en willen proberen te voorkomen dat mensen vastlopen. In dit project werken we nauw samen met bedrijfsartsen, psychiaters, psychologen, internisten en andere klinische disciplines en met de Stichting Amsterdamse Gezondheidcentra. We zorgen voor een efficiënt diagnostisch traject en een behandeladvies waar de verwijzende huisarts en patiënt samen verder mee kunnen. Dat is de topreferente huisartsenzorg die past bij een universitair medisch centrum als het onze.

De overige maatschappelijke opgaven

Ik ga heel kort nog even in op de overige maatschappelijke opgaven.

De derde maatschappelijke opgave is *houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid*. De bundeling van wetenschappelijke kennis en kwaliteitsborging waren de uitgangspunten voor de ontwikkeling van richtlijnen. Huisartsen zijn al jaren niet meer de enigen die evidence-based richtlijnen ontwikkelen en onderhouden. Patiëntveiligheid is te lang alleen een thema geweest voor de tweede lijn. Daar deden dokters ingrepen met risico's en daar waren de kansen op fouten door onvolledige of onjuiste overdracht groot. De schaalvergroting in de eerste lijn, niet alleen in de praktijken, maar ook op de huisartsenposten, maakt dat overdracht ook in de eerste lijn net zo goed een potentiële foutenbron is. Combinaties van medicijnen die mede door huisartsen worden voorgeschreven, blijken verantwoordelijk voor 5% van de spoedopnamen doordat er bijwerkingen of interacties optreden.⁽²⁴⁾ Openheid over fouten, er actief naar op zoek gaan, en ervan leren is een belangrijke bron voor kwaliteitsverbetering. Juist de

schaalvergroting biedt hier ook kansen, omdat in een solopraktijk een goed op elkaar ingespeelde arts en praktijkassistente wellicht makkelijk dezelfde blinde vlek ontwikkelen.

Op het terrein van houdbare kwaliteit levert de afdeling huisartsgeneeskunde van VUmc onder andere een bijdrage door het ontwikkelen van een meetinstrument voor de kwaliteit en prestaties van (academische) huisartsenpraktijken op het terrein van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs & opleiding. We werken daarbij samen met het Nederlands Huisarts Genootschap en de andere universitaire netwerken huisartsgeneeskunde.

De inzet van de huisarts is ook belangrijk bij de vierde maatschappelijke opgave, *grenzen aan de zorg, omgaan met schaarste*. Hoewel 90-95% van de zorg zich afspeelt in de eerste lijn, zijn de kosten verhoudingsgewijs betrekkelijk laag.(18) Er valt dus veel voor te zeggen om de zorg dan ook helemaal binnen de eerste lijn te houden, maar dat is een beetje flauw. Zowel de regiefunctie van de huisarts als het feit dat zij vaak het eerste aanspreekpunt is, bewijzen hun diensten bij het verstandig omgaan met de middelen die er zijn. Watchful waiting, efficiënte diagnostiek en stepped care zijn frequent in de eerste lijn toegepaste methoden om het aantal overbodige diagnostische testen en onnodige therapeutische ingrepen te beperken. Vaak is het de huisarts die samen met de patiënt de afweging maakt om wel of niet in te grijpen, en de consequenties van verschillende handelingsopties bespreekt. Onze afdeling draagt aan deze opgave bij door haar onderzoek naar diagnostiek bij alledaagse klachten en door het patiëntenfeedbackproject in de huisartsopleiding. Samen met de afdeling psychiatrie en het Trimbos-instituut doen we onderzoek naar de effectiviteit van stepped care bij depressie.

Aan de vijfde opgave, *versnellen van ontwikkeling/innovatie en implementatie*, dient elke afdeling van een UMC haast per definitie een belangrijke bijdrage te leveren. Maar dat veronderstelt wel dat academische afdelingen serieus werk maken van hun overdrachtsfunctie en niet alleen bezig zijn met onderzoek en de ontwikkeling van topklinische en topreferente zorg. Ze moeten nieuwe inzichten ook actief overdragen en bijdragen aan implementatie, o.a. door het publiceren in Nederlandstalige tijdschriften als Huisarts en Wetenschap en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Aan deze opgave leveren met name het academisch netwerk huisartsgeneeskunde en de universitaire huisartsenpraktijk een belangrijke bijdrage door het opzetten van zorgvernieuwingsprojecten op het terrein van ouderenzorg en lichamelijk onverklaarde klachten die aansluiten bij onze onderzoeks- en onderwijsexpertise.

Het moge duidelijk zijn: de academische discipline huisartsgeneeskunde kan veel, heel veel, bijdragen aan het oplossen van de maatschappelijke opgaven in de zorg.

In mijn oratie heb ik stil gestaan bij het wezen van de (huisarts)geneeskunde: de ontmoeting tussen arts en patiënt rond vragen over gezondheid en ziekte. Ik heb de lacunes in kennis geschetst en de kloof tussen kennis en praktijk. Ik heb het maatschappelijk kader geschetst, waarin die ontmoeting plaatsvindt, waarin veel meer actoren zijn dan alleen die ene huisarts en die ene patiënt. Ook heb ik aangegeven welke bijdrage onze afdeling aan de oplossing van de maatschappelijke opgaven in de zorg kan leveren, samen met anderen. **En** ik heb consequent de vrouwelijke huisarts opgevoerd. Daarover wil ik nog iets zeggen voor ik aan het einde van mijn rede toekom.

Toen ik in 1972 startte met de studie geneeskunde was ruim een derde van de studenten vrouw. We waren in de minderheid, maar we gingen ervan uit dat dat niet lang meer zou duren. In 1984 schreven zich voor het eerst meer vrouwen dan mannen in voor de studie geneeskunde. In 2008 is een derde van de geneeskundestudenten man.(25)

Toen ik in 1983 startte met de huisartsopleiding was een derde van de huisartsen-in-opleiding vrouw. We waren in de minderheid, maar we gingen ervan uit dat dat niet lang meer zou duren. In 1994 was de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen-in-opleiding fifty-fifty. In 2008 is een derde van de huisartsen-in-opleiding van het mannelijke geslacht.(26)

Toen ik in 1984 als huisarts ging werken was 10% van de huisartsen vrouw. We waren in de minderheid maar we gingen ervan uit dat dat niet lang meer zou duren. In 2008 is 35% van de huisartsen vrouw.(26)

Nu ik hoogleraar huisartsgeneeskunde ben, is amper 10% van de hoogleraren vrouw (en huisartsgeneeskunde loopt daarbij niet voorop).(27) We zijn dus in de minderheid, maar ik ga ervan uit dat...

Dankwoord

Ik dank het College van Bestuur van de VU, de Vereniging voor Christelijk Wetenschappelijk Onderwijs en de Raad van Bestuur van VUmc voor mijn benoeming en voor het vertrouwen dat zij in mij stellen.

Hooggeleerde Bouter en hooggeleerde Stalman, beste Lex en Wim, ik bewonder de manier waarop jullie leiding geven, met een duidelijke visie en oog voor detail, en vooral met oog voor het potentieel van mensen: ik heb veel van jullie geleerd, dank daarvoor. Wim, zes jaar geleden heb je me overgehaald om toch bij VUmc te blijven. Toen je anderhalf jaar geleden je vertrek aankondigde vond ik dat niet fijn. Dat je me tegelijkertijd in overweging gaf om te solliciteren heeft heel wat teweeg gebracht. Ik had dat zelf niet bedacht, maar ik ben blij dat ik hier nu sta.

Bij de afdeling huisartsgeneeskunde werken zo'n 120 mensen, die veel in hun mars hebben en uitermate betrokken, creatief en professioneel zijn. Het is een geweldige club. Wat wil een mens nog meer? Ik ben er trots op dat ik deze afdeling mag leiden. Piet Schoonheim, Henk de Vries, Sietske Grol en Ferry Bastiaans: in het bijzonder wil ik jullie danken voor het vertrouwen dat jullie, als hoofd van een van de afdelingssecties, in mij hebben uitgesproken.

Leden van de divisieraad, Hans Brug, Willem van Mechelen, Miel Ribbe, Frans Tolsma, Bernard Uitdehaag, dank voor de plezierige samenwerking tot nu toe, die zetten we zo voort.

Vrienden en collega's uit de praktijk en van VUmc, dank voor jullie steun en voor wat ik allemaal van jullie geleerd heb.

Lieve mama, jij en papa hebben de basis gelegd met jullie opvoeding: soms streng en veeleisend, maar altijd rechtvaardig en vooral liefdevol. Dank je wel.

Lieve broers en zussen, Elly, Marian, Rob, Frank en Annemiek, ondanks onze verschillen zijn we, als het nodig is, een eenheid en dat is goed.

Siets, Annelies en natuurlijk ook Jelle, jullie zijn het allerleukste en het allerliefste dat mij ooit overkomen is. Geertje, Mirjam en kleine Jonas, ook jullie horen nu bij dat allerleukste en allerliefste.

Jos, voor de laatste keer haal ik nu Montaigne aan: ooit heb jij - onbewust - zijn woorden gebruikt toen we elkaar leerden kennen. Je zei: ik heb niets met dokters of geneeskunde... Inmiddels hebben we al bijna 20 jaar iets met elkaar. Dank voor je onvoorwaardelijke steun, je bent de meest geëmancipeerde man die ik ken.

Ik heb gezegd.

Ik dank Joost Zaat, François, Schellevis, Anneke Kramer en Jos van Dijk voor hun commentaar.

Referenties

1. Michel de Montaigne. De essays. Vertaling Hans van Pinxteren. Atheneum-Polak & van Gennip, Amsterdam 2004.
2. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*. 2006;23:414-20.
3. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*. 2001;51:361-7.
4. Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, van der Weijden T, Dinant GJ, Bindels PJ. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Qual Life Res*. 2007;16:1483-9.
5. Feltz-Cornelis C van der, Horst HE van der. Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn. De Tijdstroom, Utrecht 2002.
6. Verhagen AP, Karels C, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf L, Feleus A, Dahaghin S, de Vet HC, Koes BW. Ergonomic and physiotherapeutic interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD003471.
7. Jan Hein Donner. Na mijn dood geschreven. Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 1992. 2^e druk.
8. Sluijs E, Beek S van, Mouthaan I, Neef M de, Wagner C. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Nivel, Utrecht 2002.
9. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*. 2007;29:642-7.
10. VUmc-compas. Competent en met compassie. Uitgave VU medisch centrum, Amsterdam 2006.
11. Maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg. Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag 2006.
12. Bijdrage universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde aan de maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg. Interfacultair overleg huisartsgeneeskunde, Utrecht 2008.
13. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/>
14. Toekomstvisie huisartsenzorg 2012. LHV/NHG, Utrecht 2002.
15. Gercama AJ, Horst HE van der, Stalman WAB. Van spil tot regisseur. *Medisch Contact* 2007;62:1603-5.
16. <http://www.lasa-vu.nl/>
17. <http://www.vumc.nl/afdelingen/huisartsgeneeskunde/wo/>
18. <http://www.rivm.nl/vtv/>
19. Visscher T, Kremers S, Kromhout D. Preventie van gewichtsstijging en richtlijnen voor gewichtsbeheersing. Rapport 2007. (<http://doca.nigz.nl/preventiegewichtsstijging.pdf>)
20. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; CD000165.
21. Gunning-Schepers LJ. De preventieparadox: weinigen met hoog-risico versus velen met matig risico. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:1870-3.
22. Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten

- en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Utrecht, Bilthoven 2004.
23. Houdenrove B van. Stress, het lijf, en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma. Lannoo campus, Leuven 2007.
 24. Hospital admissions related to medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport, Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, November 2006.
 25. Zalinge E van. Vrouwelijke huisartsen, een slag apart? Toetreding en participatie van vrouwen in de huisartsgeneeskunde. Academisch proefschrift, Amsterdam 2007.
 26. <http://www.nivel.nl/beroepeninzorg/>
 27. Forse inhaalslag nodig voor vrouwelijke professoren in Nederland. Persbericht Radboud Universiteit, 20 februari 2008.

ⁱ Annemarie Mol werkt dit thema in haar boek 'De logica van het zorgen' uit aan de hand van een aantal voorbeelden uit de zorg voor en door mensen met diabetes mellitus. A. Mol. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Uitgeverij van Gennep, Amsterdam 2006.

ⁱⁱ In het boek 'A fortunate man' van John Berger, treft u een prachtige beschrijving van de ontmoeting tussen arts en patiënt aan. Het boek illustreert het belang van empathie, van aandacht voor en kennis van de context die John Sassall, de dorpsdokter, naar het lijkt moeiteloos combineert met medische kennis en kunde. Berger J. A fortunate man. The story of a country doctor. First Vintage International Edition 1997.