

R. VAN DOESBURGH

Voer voor epidemiologen?

Niet elk wetenschappelijk onderzoek dat door huisartsen wordt verricht, is van belang voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. De (wetenschappelijke) probleemstelling wordt gekozen vanuit een bepaalde kijk, die typisch is voor de onderzoeker(s). De redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap toont haar visie in het themanummer 'Wetenschappelijk onderzoek' uit 1984 door kwantitatieve methoden van onderzoek te bepleiten. Epidemiologisch en ander kwantitatief onderzoek kan door huisartsen worden uitgevoerd, maar lijkt niet geschikt voor een integrale probleembenadering bij huisartsgeneeskundig onderzoek.

Inleiding

De titel van mijn verhaal refereert aan de grote waarde die de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* lijkt te hechten aan de documentatiefunctie van dit maandblad, in het bijzonder van statistisch materiaal. *Meijman* onderkent in het januarinumnummer van 1986 dat hierdoor de communicatieve functie en de toegankelijkheid van het tijdschrift in het geding komt. Als argument voert hij onder andere aan 'dat de huisartsgeneeskunde in theorie en praktijk een degelijk niveau heeft gekregen'.¹

'Huisarts en Wetenschap wil zich presenteren als forum, waar de huisartsgeneeskunde in zijn paradigmatische wezen aan de orde kan komen', stelde redacteur *Van Weel* in 1978.² Het toverwoord paradigma heeft evenwel weinig huisartsen tot een reactie kunnen uitlokken.

De term *paradigma* is ontleend aan *Kuhn* en wordt omschreven als dat 'wat de leden van een wetenschappelijke gemeenschap gemeen hebben en omgekeerd, dat een wetenschappelijke gemeenschap bestaat uit mensen, die een paradigma gemeen hebben'.³ *Spreeuwenberg* maakt een onderscheid tussen enerzijds een 'wetenschappelijke gemeenschap', gevormd door de groep

mensen die zich bewust met wetenschap bezighouden en voor wetenschappelijke problemen een oplossing zoeken, en anderzijds de groep professionele werkers, de huisartsen in het veld.⁴

Het doel van dit artikel is de dialoog tussen 'de wetenschappelijke gemeenschap' enerzijds en 'de huisartsen in het veld' anderzijds te bevorderen.

Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten lijken algemeen aanvaard:

- de richting en mate waarin de huisartsgeneeskunde zich ontwikkelt wordt mede beïnvloed door wetenschapsbeoefening;
- wetenschapsbeoefening moet getoetst kunnen worden op haar theoretische, praktische en maatschappelijke relevantie;
- het basistakenpakket kan een richtlijn vormen voor nascholing, toetsing en wetenschappelijk onderzoek;⁵
- wetenschappelijk onderzoek blijft voortdurend noodzakelijk om de kennis te vergaren die de huisartsgeneeskunde als wetenschap in stand houdt;
- de strenge discipline van de wetenschappelijke methode verleent aan de huisarts een permanent kritische houding die deel hoort te zijn van goede huisartsgeneeskunde;
- een specifieke methodologie voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde bestaat niet; de specificiteit ontstaat uit de problemen en niet uit de methoden.⁶

Wetenschap en huisartsgeneeskunde

Allereerst is een nadere bepaling van de begrippen 'wetenschap' en 'de wetenschappelijke methode' zinvol.

Wetenschap wordt door *Van Dale* omschreven als 'het geheel van het weten en van regels waarmee verdere kennis verkregen kan worden'. Met deze omschrijving en het onderscheid in geestes-, natuur-, en menswetenschappen kan de huisartsgeneeskunde niet als

wetenschap worden afgebakend. De vraag 'Wat is wetenschap?' behoort in wezen tot het gebied van de filosofie en zou volgens *Van Peursen* in twee richtingen onderzocht kunnen worden: onderzoek van de grondslagen en onderzoek van de methoden van wetenschap.⁷ De grondslagen van de huisartsgeneeskunde werden in het paradigmnummer uitvoerig theoretisch beschouwd. Door de methoden van wetenschap te onderzoeken kan de huisartsgeneeskunde worden onderscheiden van onder meer de epidemiologie.

De laatste jaren zijn in de huisartsgeneeskunde methoden van grote praktische en maatschappelijke relevantie ontwikkeld:

- methoden van werken, onder meer uitgekristalliseerd in het methodisch werken;
- methoden van nascholing en toetsing.

De wetenschappelijke methode

Wetenschap wordt gekenmerkt door het benutten van een 'methode', een weg die gevolgd moet worden: een onderzoek vindt plaats volgens een bepaald plan. Bij wetenschappelijke observatie wordt ernaar gestreefd de eigen subjectiviteit uit te schakelen, onbevooroordeeld te observeren en verschijnselen af te bakenen om ze meetbaar te maken. Observatie is een inperking van de waarneming.⁷

Van Peursen beklemtoont het verschil tussen wetenschappelijke observatietaal en dagelijkse waarnemingstaal. De dagelijkse waarneming is sterk emotioneel gekleurd. In de praktijksituatie kan de urine tot object van studie worden. Tijdens het consult kan een huisarts deze objectiverende attitude niet handhaven.

De wetenschapsfilosofie onderscheidt twee bronnen van kennis: de zintuigen en het denken.⁸ Op grond hiervan kunnen de exacte wetenschappen in twee groepen worden verdeeld:

- formele wetenschappen (logica, wis-kunde), die alleen gebruik maken van 'a priori methoden'; bij deze wetenschappen speelt zintuiglijke ervaring geen rol;
- empirische wetenschappen, waarin zintuiglijke ervaring wel een rol speelt; onder deze wetenschappen kunnen onder meer natuurkunde, biologie en epidemiologie worden gerangschikt: deze maken zowel ge-

R. van Doesburgh, huisarts, Kortenaerstraat 10, 7513 AE Enschede.

bruik van 'a priori' als van 'a posteriori' methoden.

Kenmerkend voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde is, dat theorieën en begrippen worden ontleend aan andere wetenschappen (hulp- en basiswetenschappen), die elk hun eigen onderzoekstradities hebben. Het object-subject probleem van de huisarts is sociaal-wetenschappelijk vertaald in een subjectieve naast een objectieve, en een collectieve naast een individuele benaderingswijze. In de objectieve benadering worden sociale verschijnselen benaderd als fysische verschijnselen. Bij de subjectieve benadering wordt 'gedrag' verklaard uit de individuele en collectieve (intersubjectieve) zingevingen van participanten in het sociale leven, de 'interpretatieve' benadering.⁹

Wetenschappelijke theorievorming

Een wetenschap staat globaal open naar het verleden (waargenomen verschijnselen) en naar de toekomst (mogelijke toepassingen). De theorie vormt de afsluiting van het wetenschappelijk systeem, dat als een methodisch opgebouwde pyramide kan worden voorgesteld.⁷

Een aantal denkbeelden van de Oostenrijkse filosoof *Popper* en denkbeelden over de empirische cyclus hebben belangrijke bijdragen geleverd aan de gedachten over theorievorming, ook in het medisch denken. Veel feitenmateriaal, een aannemelijke hypothese en een goede ordening waren vóór *Popper* voldoende om een theorie aannemelijk te maken. In een reactie op psychoanalytische theorieën van Freud en Adler stelde *Popper* evenwel:

- het is gemakkelijk verificaties of bevestigingen voor bijna elke theorie te vinden, als wij maar moeite doen er naar te zoeken;
- een theorie, die door geen enkele voorspelbare gebeurtenis kan worden weerlegd, is onwetenschappelijk;
- elke echte test van een theorie is een poging haar te weerleggen.¹⁰

Met dit *falsificatieprincipe* wilde *Popper* wetenschap onderscheiden van pseudo-wetenschap. 'Hoe maken wij kans onze fouten te ontdekken en te corrigeren?', vraagt hij zichzelf af en hij antwoordt: 'Door de theorieën van onszelf en anderen aan kritiek te onderwerpen.' Dit antwoord en deze stellingname duidt

Popper aan als 'kritisch rationalisme'.

Een frequent gehanteerd model van wetenschappelijk onderzoek is beschreven door *De Groot* als 'de empirische cyclus'. Wetenschap begint en eindigt met empirische verschijnselen in een cirkelgang van hypothesevorming:

- de observatie van verschijnselen;
- inductie, het generaliseren van deze observaties;
- deductie, het opstellen van hypothesen, die kunnen leiden tot voorspellingen;
- het toetsen van voorspellingen aan nieuwe observaties.¹¹

Van Peursen zet enkele kanttekeningen bij dit empirisch model:

- het empirisch model moet niet chronologisch maar synchroon worden opgevat: de verschillende fasen werken gelijktijdig op elkaar in;
- de empirische cyclus is steeds ook een theoretische cyclus;
- twee processen worden in het algemeen scherp onderscheiden: de heuristiek - het opstellen van een hypothese gericht op groei van kennis - en het proces, dat een hypothese moet rechtvaardigen.⁷

Popper ziet wetenschap louter als proces van rechtvaardiging. *Van Peursen* stelt, dat de heuristiek een brugfunctie vervult, die de noodzakelijke samenhang aangeeft tussen de wetenschap en buitenwetenschappelijke inzichten en houdingen.

Theorievorming in de huisartsgeneeskunde

Het wetenschappelijk medisch denken stelt andere eisen aan een theorie. Het werken met een 'pragmatische theorie' heeft een belangrijke plaats verworven. Als waarheidscriterium voor een pragmatische theorie geldt: 'een bewering is waar, wanneer je tot succesvol handelen komt'. Deze theorie behoeft niet aan alle criteria van *Popper* te voldoen als de 'harde kern', de verzameling grondslagen juist is. De hulphypothesen zijn niet essentieel voor het in stand blijven van de theorie; de kern moet wel voldoen aan de eisen dat deze heuristisch vruchtbaar is en onderzocht kan worden op zijn relevantie.⁸

In het paradigmnummer wordt door vier auteurs aandacht geschonken aan de theoretische grondslagen van de huisartsgeneeskunde. 'Het uitgangspunt van wetenschappelijk onderzoek

in de huisartsgeneeskunde moet de nauwkeurige casusbeschrijving zijn', stelt *Van Es*.¹² In een voetnoot bepleit hij hierbij aandacht voor de observatie als methode voor de waarneming aan het ziekbed. In een reactie op dit paradigmnummer merkt *Spreeuwenberg* op, dat het begrip 'integrale geneeskunde' hierin verder wordt uitgebouwd. Het bevat als elementen: 'de arts en zijn systeem, de patiënt en zijn systeem en de interactie tussen beiden'.⁴

Enkele jaren later wordt het Basistakenpakket ontwikkeld met de volgende functieomschrijving van de huisarts: 'de huisarts geeft persoonlijke, integrale en continue zorg aan individuele mensen, gezinnen en andere samenwoningsverbanden'.⁵ De term 'persoonlijk' heeft betrekking op 'de eigen aard en de interpretatie van de verantwoordelijkheid van de huisarts'. Het begrip 'continue zorg' is recent in dit tijdschrift omschreven en toegelicht.¹³

De eisen, die aan een pragmatische theorie gesteld mogen worden, gelden ook voor wetenschappelijk onderzoek in onze discipline.

Huisarts en wetenschapsbeoefening

Bij het uitoefenen van zijn beroep past de huisarts evenals de wetenschapper hulp- en basiswetenschappen toe. *Touw-Otten* onderscheidt evenwel het proces van alledaags naar wetenschappelijk kennen in vier fasen, die een huisarts kan doorlopen:

- het toepassen en integreren van wetenschappelijk kennen;
- reflexie op het eigen handelen;
- het formuleren van kritische vragen, die mogelijk beantwoord kunnen worden;
- het formuleren van vragen als onderzoeksprobleem en het zoeken naar een wetenschappelijke oplossing: wetenschapsbeoefening.⁹

De eerste drie fasen doorlopen lijkt niet bezwaarlijk. Het is mij evenwel nog niet duidelijk of wetenschapsbeoefening per se bijdraagt tot een kritische instelling en dat stel ik als prioriteit.

Aanbevolen methoden van onderzoek

Het CWO-boek 'Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde', geschreven door een methodoloog en een statisticus in samenspraak met een aan-

tal huisartsen, is een combinatie van statistiek, methodologie en huisartsgeneeskunde.¹⁴ In het ten geleide bij het themanummer 'Wetenschappelijk onderzoek' bespreekt redacteur *Lamberts* het dan juist verschenen boek van *Van Eijk en Gubbels*: 'belangrijk voor de toonzetting is het sterke accent op kwantitatief onderzoek verricht door huisartsen in hun eigen praktijk'.¹⁵

Fahrenfort betoogt in haar bijdrage dat een optimaal inzicht in de relatie tussen kwalitatieve en meer kwantitatieve gegevens alleen bereikbaar is door systematische aandacht voor het verzamelen en verwerken van kwalitatieve gegevens; deze blijven op het ogenblik ten onrechte veelal als voor- of onwetenschappelijk buiten discussie'.¹⁶ In de bespreking van haar artikel bevestigt *Lamberts* deze stelling: 'fenomenologische kwalitatieve bijdragen komen in ons tijdschrift wel aan de orde. Bij het wetenschappelijk onderzoek door de huisarts neemt deze benadering echter een bescheiden plaats in.' Hij bepleit 'typisch klinisch huisartsgeneeskundig onderzoek' als eerste prioriteit.¹⁵

Onderzoek bij een integrale benadering

Touw-Otten stelt dat de wijze waarop een wetenschapper naar een object kijkt, en de richting van het onderzoek samen bepalen hoe een probleem wordt gedefinieerd. Vervolgens wordt een passende methode gezocht. Zo zullen bij een natuurwetenschappelijke benadering andere hulpwetenschappen gekozen worden dan bij een benadering die gericht is op integrale geneeskunde. Het is eigen aan de huisartsgeneeskunde dat vele problemen interdisciplinair en complex van aard zijn. Bij een integrale benadering lijkt de kwalitatieve benadering een meer geëigende methode dan de kwantitatieve. 'Het benadrukken van alleen een somatische benadering (met meer objectieve en kwantitatieve methodieken) staat een ontwikkeling van kennis in de weg. Hetzelfde geldt voor eenzijdige aandacht voor belevingsaspecten (met meer subjectieve en kwalitatieve methodieken)'.¹⁰

Kanttekeningen

Door *Van Eijk en Gubbels* worden de volgende argumenten aangevoerd om

het kwantitatief onderzoek bij huisartsen te stimuleren:

- kwalitatief onderzoek is minder geschikt als basale inleiding in de methodologie, aangezien dit soort onderzoek complex is en bij kwalitatief onderzoek te veel wordt overgelaten aan de creativiteit van de onderzoeker;
- kwantitatief onderzoek heeft in de geneeskunde duidelijk de overhand.¹⁴

Het laatste argument is waarschijnlijk meer als opmerking bedoeld en lijkt te verwijzen naar de onderzoekstradities van de klinische disciplines en de epidemiologie. Het eerste argument wordt in het themanummer ontkracht: 'de intuïtie en creativiteit van de onderzoeker zijn de basis voor het ontstaan van een hypothese'.⁶ *Popper* vindt intellectuele intuïtie en verbeeldingskracht de belangrijkste bronnen van onze theorieën. Waarnemen en redeneren zijn aanvullende hulpmiddelen bij het kritisch onderzoek van onze hypothesen (gissingen).¹⁰

Slotbeschouwing

Huisartsgeneeskunde blijkt niet als wetenschap afgegrensd te kunnen worden, aangezien er geen specifieke methodologie voor wetenschappelijk onderzoek bestaat. Haar specifieke karakter ontleent de huisartsgeneeskunde aan de integrale benaderingswijze en dit onderscheidt haar van de intramuraal werkende klinische disciplines. Wetenschappelijk onderzoek zal bij deze benadering een multidisciplinaire strategie vereisen en in onderzoeksteams verricht moeten worden.⁹ De weerstand, die tegen een grote inbreng van gedragswetenschappers lijkt te bestaan,¹⁵ moet kritisch worden onderzocht.

Als de casusbeschrijving het uitgangspunt is van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde, zal eerst onderzocht moeten worden of hierbij een onderscheid in observatie- en waarnemingsfeiten zinvol is. Ook moet worden omschreven welke vorm van klinisch onderzoek typisch is voor de huisartsgeneeskunde. Vervolgens kan een discussie over de relevantie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde worden gevoerd.

Een voortdurende wisselwerking is noodzakelijk tussen beoefenaars van

wetenschap en de professionele werkers (huisartsen) in het veld. Mogelijk bevorderen de volgende vragen de dialoog tussen beide groepen:

- Is het NHG in staat gebleken om een wetenschappelijke gemeenschap huisartsgeneeskunde te vormen, die een open communicatie bevordert tussen de universitaire huisartseninstituten en de huisartsen in het veld?
- Voldoet het Basistakenpakket of een standaardenbeleid¹⁷ als paradigmatisch richtsnoer voor wetenschappers in de huisartsgeneeskunde?
- Hoe is de communicatieve functie van *Huisarts en Wetenschap* te toetsen na de mededeling van de redactiecommissie aan de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen dat 'het tijdperk van de papieren huisartsgeneeskunde' voorbij is?¹⁸

¹ Meijman F. De toegankelijkheid van Huisarts en Wetenschap [Ten geleide]. *Huisarts Wet* 1987; 30: 2.

² Van Weel C. Huisarts, huisartsgeneeskunde en paradigma's. *Huisarts Wet* 1978; 21: 446.

³ Kuhn TS. De structuur van wetenschappelijke revoluties. Meppel: Boom 1976; 228.

⁴ Spreeuwenberg C. Naar de ontwikkeling van een wetenschappelijke discipline huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1979; 22: 162-3.

⁵ Commissie Takenpakket LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁶ European General Practice Workshop. Verklaring ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1984; 27: 54-5.

⁷ Van Peursen CA. De opbouw van wetenschap. Meppel: Boom 1980.

⁸ Van Eijk J. Filosofie, een inleiding. Meppel: Boom 1982.

⁹ Knottnerus JA. Diagnostische hypothesen en a priori kansen in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1986; 29: 269-73.

¹⁰ Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1981.

¹¹ Popper KR. De groei van kennis. Meppel: Boom, 1982.

¹² De Groot AD. Methodologie. Den Haag: Mouton, 1961.

¹³ Van Es JC. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1978; 21: 451-8.

¹⁴ Van Eijk JThM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: CWO-NHG, 1983.

¹⁵ Grol R, Smits A, Fransen H, Huygen F, Van Weel C. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987; 30: 275-9.

Morbiditeit nabestaanden

Uit het artikel 'Veranderingen in het morbiditeitspatroon van nabestaanden'¹ blijkt dat vooral na het acuut overlijden van een familielid duidelijke morbiditeitsveranderingen voorkomen. Ook na de definitieve opname van een familielid wegens dementie in een psycho-geriatrisch verpleeghuis komen morbiditeitsveranderingen voor, doordat een dergelijke opname als nogal definitief wordt beschouwd. In ons psycho-geriatrisch verpleeghuis worden dan ook regelmatig vele vormen van rouwreacties van de achterblijvende familieleden gezien.

Ik zou ervoor willen pleiten dat de huisarts zich enkele malen per jaar op de hoogte stelt van de toestand van zijn (ex-)patiënten die wegens dementie zijn opgenomen in een psycho-geriatrisch verpleeghuis; de familie heeft vaak onverwerkte problemen door de opname van het demente familielid.

R. Kamerling,
verpleeghuisarts

¹ Van Eijk J, Smits A, Huygen F, Van den Hoogen H. Veranderingen in het morbiditeitspatroon van nabestaanden. Huisarts Wet 1987; 30: 336-9, 341.

¹⁶ Lamberts H. Wetenschap door de huisarts [Ten geleide]. Huisarts Wet 1984; 27: 42-6.

¹⁷ Fahrenfort M. Over kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1984; 27: 57-60.

¹⁸ Tielens VCL. Om de kwaliteit van de huisarts [Uit het NHG]. Huisarts Wet 1987; 30: 166-8.

¹⁹ Meyboom-de Jong B. Papieren huisartsgeneeskunde [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1987; 30: 206, 211.

R. GROL

Oude koek in een eigentijds jasje

Een impressie van het Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap op 20 november 1987 in De Hanzehof te Zutphen.

Springlevend thema

De gang naar het NHG-congres 1987 over 'Huisarts-patiënt, duel of duet?' in de Hanzehof te Zutphen leek even een stap terug in de tijd. De statige negentiende-eeuwse Buitensociëteit in de Hanzestad bleek bij nadere beschouwing echter omringd door moderne ruimten in een eigentijdse architectuur.

Hetzelfde kan over het congressthema worden gezegd. Bij oppervlakkige beschouwing leek het oude koek. Ideeën die zo'n tien jaar geleden in het centrum van de belangstelling stonden (zoals methodisch werken en somatische fixatie), waren opnieuw van stal gehaald en in een ander jasje gestoken. De arts-patiënt relatie, een onderwerp dat in deze tijd van een no-nonsense, ziektegebonden benadering van de huisartsgeneeskunde eigenlijk niet meer kan. Dat het thema echter springlevend is, bleek uit de enorme belangstelling voor het congres; enkele honderden inschrijvers moesten teleurgesteld worden. Blijkbaar behoort het hanteren van de relatie met de patiënt, de dagelijkse worsteling in de spreekkamer, nog steeds tot de meest aansprekende onderwerpen in het vak. Dit zou kunnen betekenen dat veel huisartsen, naast behoefte aan patiëntgebonden onderzoekgegevens, behoefte hebben aan aandacht voor hun functioneren in relaties met patiënten.

Wetenschappelijke onderbouwing

Tijdens het congres werden voortdurend pogingen ondernomen met onderzoekgegevens vast te stellen welke duetten en duellen er tussen huisarts en patiënt plaatsvinden. De congrescommissie had getracht het thema te onderbouwen door middel van een enquête onder 300 huisartsen en paneldiscussies tussen huisartsen en patiënten. Bij de opzet van het onderzoek en de representativiteit en relevantie van de uitkomsten kan men vraagtekens zetten. Niettemin vormden ze voor de verschillende onderdelen van het programma een bruikbare illustratie. Ze toonden echter ook dat er nog een lange weg gegaan moet worden.

Het is duidelijk dat er vaak sprake is van discrepantie tussen arts en patiënt, maar hoe die discrepantie er voor diverse problemen of groepen van patiënten uitziet, weten we nog onvoldoende. De vraag is verder of die discrepantie goed en normaal is, zoals Lamberts poneerde, dan wel ongewenst. Zo weten we bijvoorbeeld nog te weinig over de denkbeelden van patiënten over hun ziekte en over de hulp van de huisarts. We weten ook nog onvoldoende wat ervoor zorgt dat de helft van de patiënten de voorschriften van de huisarts niet opvolgt, etc.

In het verlengde hiervan ligt de ontwikkeling dat de arts-patiënt relatie meer dan vroeger klacht- of probleemgebonden werd besproken. Het ene probleem en de ene groep patiënten brengt andere denkbeelden en verwachtingen met zich mee dan de andere. Lamberts liet zien dat de relatie tussen klacht c.q. reden van komst van de patiënt en de door de huisarts toegekende diagnose voor verschillende klachten zeer verschillend kan zijn. Uit onderzoek van Meyboom-de Jong bleek dat bij oudere patiënten arts en patiënt in zeer veel gevallen een andere opinie hebben over met name het psychisch functioneren van de patiënt.

De congrescommissie had er verder voor gekozen de arts-patiënt relatie binnen een aantal probleemvelden apart in kaart te brengen. Dit leverde aardige voorbeelden op van probleemveldgebonden duellen (de bejaarde patiënt, CARA, vrouwen in de overgang, ouders van jonge kinderen). Uit de inspirerende presentatie van het onderwerp CARA (Voorn en Touw) werd bijvoorbeeld duidelijk dat CARA-patiënten