

# Rust roest niet

## Een sabbatical leave van een hoogleraar

R.A. DE MELKER

**Bij de oude Israëlieten was het zevende jaar een rustjaar, waarin de landerijen braak moesten liggen. Schulden mochten niet geïnd worden of werden volgens de Talmoad zelfs kwijtgescholden. Tegenwoordig hebben ook hoogleraren soms na een zekere tijd – in de Verenigde Staten na zo'n zeven ambtsjaren – recht op betaald studieverlof. Het is een periode om bij te tanken en verlost te zijn van de verantwoordelijkheid voor management, onderwijs en research. Overigens wordt dit recht, gezien de bezuinigingen, niet vaak geëffectueerd.**

**De Utrechtse hoogleraar De Melker verbleef gedurende één jaar in Noord-Amerika voor een 'sabbatical leave'. In deze bijdrage verhaalt hij van zijn belevenissen en ervaringen**

**De Melker RA. Rust roest niet. Een sabbatical leave van een hoogleraar. Huisarts Wet 1991; 34(6): 396-9.**

Prof. dr. R.A. de Melker, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

### Inleiding

Vijfentwintig jaar huisarts, twintig jaar universitaire huisartsgeneeskunde, vijftien jaar hoogleraar – het gaat je niet in de koude kleren zitten. De spanning dreigt eraf te raken, je hebt veel al eerder gehoord en meegemaakt. Je weet dat Prediker gelijk had: er is inderdaad niets nieuws onder de zon. De vierde wijziging van het basiscurriculum brengt ons bijvoorbeeld weer terug in de zestiger jaren. Jonge collega's brengen vol trots 'nieuwe' ideeën in, die je al zo vaak hebt gehoord. Zaken die in de pioniersjaren van de huisartsgeneeskunde moeizaam zijn bevochten en opgebouwd, worden door de jongere generatie als vanzelfsprekend beschouwd.

Daarnaast speelt wat *Winkler* – bacterioloog en ex-huisarts – zo treffend de 'explosie van de onkunde' heeft genoemd: door de kennistoename neemt in de loop der jaren de onkunde van een hoogleraar toe. Dit geldt nog sterker in een generalistisch vakgebied, waar de grenzen van relevante kennis niet scherp te trekken zijn. Bovendien vereist klinische research, naast de algemene huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden, ook veel meer klinische kennis van de betreffende thema's. Doordat vroeger geen onderzoekersopleiding bestond, is de statistische en methodologische kennis onvoldoende systematisch ontwikkeld.

Een frustrerende ervaring van de moderne klinische hoogleraar is, dat hij steeds meer met management bezig is, zeker bij een groot instituut. Vergaderingen, management en bestuur vragen veel tijd. Publiceren is avond-, nacht- en weekendwerk, en lijkt een toegift in plaats van een hoofdtaak te zijn geworden. Projecten worden wel ontworpen en begeleid, maar na toekenning van de subsidie worden jonge onderzoekers aangetrokken. Deze plegen dan ook van 'hun' project te spreken. Er is een paradoxale situatie ontstaan, waarin je steeds minder aan je eigenlijke taken toekomt.

Tijdens een receptie schiet de dekaan mij aan: 'Zeg je moet maar eens een sabbatical nemen. Je hebt er twee hoogleraren bij, je kan er gemakkelijk een jaar uit'. Ik protes-

teer zwakjes in de trant van 'dat dit toch niet zo eenvoudig is'.

Het aanbod komt precies op het goede moment, maar het roept toch ambivalente gevoelens op. Enerzijds sluit het precies aan bij mijn behoeften, anderzijds rijst de vraag of ik wel zo lang gemist kan (en wil) worden.

Enige tijd later wordt mijn voorstel door het Faculteitsbestuur goedgekeurd: een nieuw avontuur ligt voor mij.

### Doel, inhoud, vorm

Voor mijn sabbatical formuleerde ik een aantal doelstellingen, zoals:

- bijscholing betreffende onderwerpen die voor onze klinische researchers van belang zijn, met name bovenste-luchtweginfecties; ook is systematischer scholing in de biostatistiek en klinische epidemiologie nodig;
- bestudering van belangrijke aspecten van vooraanstaande internationale researchcentra, zoals onderzoeksmethoden, logistiek klinische research en management;
- het uitvoeren van eigen onderzoek;
- het volgen van een aantal cursussen, zoals in het Engels publiceren en management.

Het jaar werd in een aantal perioden verdeeld. Naast twee perioden in respectievelijk de VS en Canada was er plaats voor studie, onderzoek en publiceren in Nederland. Het grote voordeel van dit laatste was dat er in de loop van het jaar gelegenheid was voor het begeleiden van onderzoek en promovendi. Bovendien was het risico van vervreemding van de eigen staf minder groot. Het nadeel van de versnippering en onderbreking van de rust werd voor lief genomen. Achteraf is mij dit bijzonder goed bevallen. Het gaf mij een rustig gevoel zo nu en dan eens over de gang van mijn instituut te kunnen lopen.

### Otitis Media Research Centre

Het was een bewuste keuze om een belangrijk deel van mijn sabbatical door te brengen in de klinische setting van een vooraanstaand research instituut, het Otitis Media Research Centre van het Children's Hospi-

tal in Pittsburgh. Bovenste-luchtweginfecties vormen een van de aandachtsvelden voor onderzoek aan het Utrechtse Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Het begeleiden van een drietal *clinical trials*, longitudinaal onderzoek, en diverse beschrijvende studies, vereist, naast methodologische kennis, ook voldoende klinische kennis van het vakgebied. Het is belangrijk zelf het nodige inzicht te hebben in de 'state of the art' en niet volledig afhankelijk te zijn van samenwerking met klinische vakgroepen. Welke onderzoeken zijn uitgevoerd? Wat zijn de relevante onderzoeksvragen?

Daarnaast bood dit bezoek mij de gelegenheid om alle activiteiten van een groot Amerikaans researchcentrum mee te maken en inzicht te krijgen in het functioneren daarvan. Hoe is de staf samengesteld? Welke problemen doen zich bij dit onderzoek voor? Zo leer je pas echt wat er elders gebeurt. Niemand publiceert immers graag de tegenslagen en eventuele fouten. Zo hoorde ik dat bij de bekende *clinical trials* uit Pittsburgh – bijvoorbeeld met betrekking tot de effectiviteit van tonsillectomie – kinderen ook via TV-spotjes en advertenties voor het onderzoek werden geworven. Over de consequenties van deze werwing voor de externe validiteit wordt gewaagd. Men kan zich afvragen of dit ethisch en methodologisch wel verantwoord is.

Om na dertig jaar weer eens in een ziekenhuis te werken was een hele ervaring. Zo liep ik van polikliniek naar de OK, naar *grand rounds* en refereerbijeenkomsten. De scheiding tussen eerste en tweede lijn bestaat in de VS in feite niet. Het Childrens Hospital levert met 210 bedden zowel primaire als secundaire en tertiaire zorg. Het werkgebied omvat drie staten: Pennsylvania, Ohio en West Virginia, een gebied groter dan heel Nederland. Vanuit mijn 'office' zag ik dagelijks hoe patiëntjes met de helikopter werden aangevlogen.

De zorg in het ziekenhuis is enorm gefragmenteerd en gespecialiseerd. Ik telde 50 poliklinieken, zoals voor kinderen met gespleten gehemelte, syndroom van Down, thorax, neurologie en eerstelijns zorg. De patiëntenbesprekingen van de afdeling Pediatric Otolaryngology – in de VS een apart specialisme – gingen dan ook vaak over

zeer gespecialiseerde gevallen, naast de meer gewone ziekten.

De samenstelling van de ondersteunende staf is interessant. Een 'publication manager' met een Master's degree geeft stafleden advies, helpt bij literatuursarch en neemt veel routinewerk over. Haar functie is een combinatie van redactiesecretaresse en bibliothecaresse. De ondersteunende staf was relatief sterk, maar een eigen data-unit ontbrak vrijwel geheel.

### Eigen onderzoek

Het verrichten van patiëntgebonden onderzoek als buitenlander is zeer moeilijk. Men denke aan 'malpractice' en aan langdurige procedures bij de Committee for Human Rights. Mijn gastheer bleek echter zeer inventief te zijn en kwam met een pragmatische oplossing. Mijn valideringsonderzoek van de 'microtyp' werd niet in het ziekenhuis uitgevoerd, maar in een school voor dove kinderen, gedurende de normale check-up van de oren door een speciaal getrainde KNO-verpleegkundige. Naast de normale procedure – pneumatische otoscopie en tympanometrie – verzamelde ik data met betrekking tot de voorgeschiedenis en recente bovenste-luchtweginfecties. Tevens maakten zowel de verpleegkundige als ikzelf een microtympanogram.<sup>1 2</sup>

Dankzij de medewerking van de kinderen en klasseleraars verzamelde ik in enkele weken gegevens van 111 kinderen. Ik verdiepte mij in tympanometrie en de verschillende classificatiesystemen door middel van literatuur en gesprekken met experts. Het was moeilijk om een keuze uit verschillende classificatiesystemen te maken. Na veel studie kon ik hoofd- van bijzaken onderscheiden, althans vanuit het standpunt van de huisarts.

Het bleek mogelijk om de tympanogrammen op relatief eenvoudige wijze te classificeren. Reeds gedurende mijn verblijf in de VS begon ik de data met de hand te analyseren. Dit had het grote voordeel dat ik de data in de vingers kreeg, voordat begonnen werd met de definitieve analyses. Ik stuurde een abstract en paper naar de North American primary Care Research Group en bereidde een voordracht voor.

### Zelfstudie en studentenleven

De VS biedt een schat aan waardevolle, onderwijskundig verantwoorde boeken op het gebied van methoden, biostatistiek, publiceren en klinische epidemiologie. In de avonden en weekends was veel tijd beschikbaar voor ononderbroken zelfstudie. Het voordeel van ervaring weegt zwaar: je weet wat wel en wat niet belangrijk is. Begrip, bijvoorbeeld wanneer en waarom een bepaalde toets of techniek toegepast moet worden, is belangrijker dan het uit het hoofd leren van formules. Vaak hebben medewerkers wel meer of minder kennis van bepaalde toetsen, maar ontbreekt voldoende inzicht in de waarde van de toets. Een door mij niet voorzien aspect was het herboren studentenleven: zelf koken, boodschappen doen, wassen, *basement* schoonmaken. Het gevoel van vrijheid – kenmerkend voor het studentenbestaan – was een aangename verrassing.

Amerikanen zijn zeer gastvrij. Zeker in het begin werd ik vaak thuis of op feestjes uitgenodigd. Als men wat in je ziet, kan het niet op. In Los Angeles ontmoette ik een expert op het gebied van outcome-metingen om 6 uur 's morgens, omdat ik om 11 uur weer moest vertrekken.

### Amerikaanse gezondheidszorg

De Amerikaanse Gezondheidszorg is een systeem voor de rijken. Vijftien procent van de Noord-Amerikanen is niet voor de gezondheidszorg verzekerd. Zonder creditcard en verzekering wordt je vaak niet geholpen, behalve in een ziekenhuis voor de 'armen'. Armoede komt in VS nog veel voor. 'Homeless people' vind je in alle grote steden in overvloed. Het zijn zeker niet alleen verslaafden, maar vooral mensen die pech hebben gehad. De sociale wetgeving is onderontwikkeld; ons ziekenfondsstelsel wordt als een vorm van socialisme beschouwd en dus als verwerpelijk.

Zoals bekend ontbreken twee voor ons stelsel essentiële aspecten in de eerstelijns zorg: 'listing' – een vaste lijst van patiënten die bij een huisarts zijn ingeschreven – en 'de gatekeepers' function' van de huisarts. 'Primary care' wordt zowel door *family doctors* als specialisten geboden. De zorg is

technisch goed, maar lijkt vaak onpersoonlijk. Er is een enorm defensieve geneeskunde. Dit wordt in de hand gewerkt door de grote kans op schadeclaims vanwege malpractice en het feit dat een arts er nooit zeker van is dat een patiënt weer bij hem terugkomt. Toen ik mijn gastheer ons beleid bij acute otitis media uitlegde – symptomatische behandeling boven 2 jaar en antibiotica bij abnormaal beloop – verzeerde hij mij dat dit in VS om deze reden onmogelijk zou zijn.

Toch voelde ik mij thuis in de VS. Ten eerste door de gastvrijheid en behulpzaamheid. Het 'klimaat' voor onderzoek en klinische zorg is inspirerend en boeiend. Men waardeert kennis en inzicht. Het Amerikaanse competitie-element heeft ook een goede kant. Men beoordeelt je niet op achtergrond of status, maar op wat je waard bent. In de VS mag en kun je goed of rijk zijn zonder dat het direct vragen oproept. In Nederland word je direct verdacht – 'waar doen die mensen het van?', 'vast zwart geld' – of geëtiketteerd als streber of uitslover. De VS heb ik ervaren als een land om vaak heen te gaan, maar niet om in te wonen. Dit geldt zeker voor mensen die aan de verkeerde kant van de welstandsgrens moeten leven.

### Centre for Studies in Family Medicine

Onze vakgroep onderhoudt al jaren intensieve contacten met het Centre for Studies in Family Medicine, van de University of Western Ontario, in London, Canada. Ik had dit centrum onder meer gekozen vanwege de uitstekende reputatie op het gebied van onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Mijn gastheer Martin Bass is een goed onderzoeker met veel methodologische en epidemiologische kennis. Zijn longitudinale onderzoek naar prognostische kenmerken voor een voorspelling van het beloop van hoofdpijn had mij al langer geboeid. Daarom had ik data van een onderzoek bij patiënten met niet-acute buikklachten voor een prognostische studie meegenomen. Daarnaast was er een directe verbinding met onze data in de computer in Utrecht tot stand gebracht. Het onderzoek had betrekking op het ontwikkelen

van prognostische criteria ten aanzien van het beloop van niet-acute buikklachten.

Ook in London woonde ik staf- en researchbijeenkomsten bij. Op een daarvan werd het protocol van onze OME-studie kritisch besproken. Ook in deze befaamde afdeling leverde het interpreteren van statistische gegevens vaak boeiende discussies op.

Naast dit onderzoek zocht ik in de bibliotheek naar tonsillectomie-cijfers in Canada. In Pittsburgh had ik al data uit de VS en Groot-Brittannië verzameld. Ik wilde een poging tot vergelijking ondernemen, een transcultureel onderzoekje. Het interpreteren van statistische gegevens uit verschillende landen is echter verre van eenvoudig vanwege classificatie- en indelingsverschillen.

Het Canadese gezondheidszorgsysteem ligt veel dichterbij het onze. Als samenleving is Canada totaal anders dan de VS: nog conservatiever in allerlei opvattingen, zoals abortus en sociale wetgeving. Behalve de taalstrijd is het nieuws er nog onbelangrijker dan in Nederland.

Hoewel het universitaire klimaat vergelijkbaar is met dat van de VS, mist Canada als land het inspirerende van de VS.

### Leereffect

De vorm van mijn sabbatical is mij goed bevallen. Langdurige afwezigheid heeft voor het hoofd van een grote afdeling veel nadelen. Reeds nu moest ik mij na terugkeer aan diverse onbekende gezichten voorstellen. Daar staat tegenover dat een sabbatical in de verdrukking kan raken door het part-time aanwezig zijn op het Instituut gedurende de periode in Nederland. Ik ben er redelijk in geslaagd mij niet met het management en bestuur te bemoeien, tenzij het echt nodig was.

Het belangrijkste was de impliciete doelstelling: de accu is weer opgeladen, je hebt er weer zin in gekregen. In een jaar is er veel tijd om na te denken. Je hebt nieuwe ideeën en opnieuw je prioriteiten bepaald. Je weet wat je in de jaren voor je pensioen nog wilt doen en bereiken. De verdere opbouw van de researchafdeling heeft een hoge prioriteit. De hoofdlijnen van ons onderzoek staan mij nu helder voor ogen.

Het is duidelijk dat de verworven kennis en ervaring toegepast kan worden in eigen onderzoek en bij de begeleiding van jonge onderzoekers. Mijn kennis en inzicht in biostatistiek en klinische epidemiologie is nu degelijker, systematischer, al blijven er hiaten. Mijn kennis en ervaring op het gebied van ons klinische onderzoek is verrijkt en verdiept. Je begrijpt nu beter dat specialisten zich weleens aan ons ergeren: onze kennis is breed, maar niet diep. Het gevaar van meer kennis is hobbyïsme.

Het is de vraag of een klinische stage in het buitenland voor jonge huisartsen wel hetzelfde positieve effect heeft. Men weet minder hoofd- en bijzaken te onderscheiden en laat zich eerder door klinici 'meeslepen'. Ook kan men minder gericht te werk gaan en de relevantie inschatten voor de huisartsgeneeskunde. Het zelf uitvoeren van patiëntgebonden onderzoek is alleen mogelijk na gedegen voorbereiding en met een inventieve gastheer of -vrouw.

Een belangrijk effect is dat er weer mogelijkheden zijn om zelf onderzoek te doen. Het vraagt om goede prioriteiten, afstoten van taken en ijzeren discipline om iets anders maar even te laten liggen. Veel leerde ik van het management op grote buitenlandse research centra. De ondersteunende staf voor de onderzoekers staat op een hoger niveau en leek mij ook sterker dan in Nederland. Veel routinewerk bij publiceren en subsidie-aanvragen kan door deze ondersteunende staf worden uitgevoerd. Vooral de 'publication manager' in Pittsburgh leek mij zeer zinvol. Het ontbreken van eigen methodologen, biostatistici en data unit was daarom een tegenvaller.

De Nederlandse gezondheidszorg bleek mij in de meeste opzichten beter dan de Amerikaanse. Wel lijkt de Amerikaanse eerstelijns geneeskunde *technisch* beter. Waarom gebruikt een Nederlandse huisarts bijvoorbeeld geen pneumatische otoscoop? Wat betreft het streven naar een efficiënte gezondheidszorg en kostenbewustzijn is er een paradox: juist omdat de Amerikaanse gezondheidszorg enorm duur is, bestaat er veel aandacht voor dit aspect. Zeker indien we het sociale aspect erbij betrekken, lijkt de Nederlandse geneeskunde op een hoog peil te staan. De mogelijkheden van de ontwikkeling van de Ne-

derlandse huisartsgeneeskunde als wetenschap en professe zijn in de wereld vrijwel uniek.

## Beschouwing

Een sabbatical is niet alleen voor hoogleraren nodig, maar evenzeer voor andere senior stafleden. Ook bij langdurig praktiserende huisartsen dreigt het gevaar van vastgeroest raken aan eigen ideeën en gewoonten. De explosie van de onkunde kan niet altijd worden gecompenseerd door grotere ervaring. Ervaring heeft zijn goede en slechte kanten, met name als 'resistance to change' erdoor bevordert wordt. Een sabbatical betekent het doorbreken van de sleur en het openstellen voor nieuwe mogelijkheden. Daarom zouden ook huisartsen in staat gesteld moeten worden eens een tijdje uit de praktijk te gaan. Naast bijscholingscursussen en zelfstudie kan ook gedacht worden aan gerichte stages, zowel in de huisartspraktijk als in andere gezondheidszorginstellingen. Verblijf in het buitenland kan het blikveld en het perspectief verruimen.

Voorwaarde voor een sabbatical zijn een goede inhoud en structuur en financiering. Het NHG zou zich over het eerste, de LHV over het tweede aspect moeten beraden. Ook de UHI's kunnen bij de ontwikkeling van de programma's een rol spelen, onder meer door hun buitenlandse contacten. Daarnaast lijkt een sabbatical voor iedere huisartsopleider en huisartsdocent van belang. Nu herregistratie in de nabije toekomst vorm zal krijgen, lijkt het nut van een periode voor studie en bezinning nog toegenomen.

## Literatuur

- <sup>1</sup> De Melker RA. Pneumatische otoscopie en tympanometrie. *Huisarts Wet* 1990; 33: 482-7.
- <sup>2</sup> De Melker RA. Een tympanometer voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1990; 33: 511-3.

## Somatische fixatie 4

Uit het antwoord van *Hofmans* in deze rubriek over somatische fixatie<sup>1</sup> blijkt overduidelijk dat er sprake is van een fundamenteel misverstand over de inhoud van dit door ons geïntroduceerde begrip. Het gaat daarbij niet om een nosologische classificatie van een (zeldzaam) ziektebeeld, wat *Hofmans* dan ook vergeefs zoekt in de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie. Neen, het betreft een conceptie, een theorie die bijvoorbeeld kan helpen begrijpelijk te maken welke processen er mede aan ten grondslag liggen dat in ons land met zijn hoge gezondheidspeil toch bijna 10 procent van de werkende bevolking blijvend arbeidsongeschikt wordt geacht (onder tal van medische diagnoses). De oorzaak van het misverstand van *Hofmans* kan misschien worden gezocht in de eerste publicaties over somatische fixatie in dit blad, dertien jaar geleden, waarin wij mogelijk niet duidelijk genoeg zijn geweest, hoewel daarin reeds expliciet werd gesteld dat het niet om een bepaald ziektebeeld ging, maar om processen, waarbij werd verwezen naar publicaties van *Illich* over 'medicalisering' en van *Van Es* over een taak van de huisarts bij 'preventie van de patiëntenrol'.<sup>2-5</sup> Er werd in die allereerste artikelen expliciet gesteld dat het niet alleen ging om klachten zonder aantoonbare organische afwijkingen, maar ook om 'echte' aandoeningen en dat die allerlei vormen konden hebben.

In de tweede druk van het boek 'Huisarts en somatische fixatie' en zowel de Duitse als de Engelse uitgave wordt uitvoerig uiteengezet en verduidelijkt wat de auteurs verstaan onder de term somatische fixatie.<sup>6-8</sup> De ingezonden stukken van *Hofmans* wijzen erop dat hij onvoldoende kennis heeft genomen van deze uiteenzettingen c.q. deze niet goed heeft begrepen. Een discussie waarbij de betrokkenen met dezelfde termen wezenlijk verschillende begrippen bedoelen, van zelfs een ander abstractieniveau, kan moeilijk tot helderheid, laat staan tot overeenstemming leiden. Voortzetting van een discussie op een dergelijke basis heeft naar mijn mening weinig zin.

Degenen die deze discussie hebben gevolgd, wil ik echter wel op het volgende wijzen. *Hofmans* stelt in bovengenoemd naschrift: 'In Poppers visie moet de opsteller van een theorie echter wél aangeven onder welke voorwaarden zijn theorie onjuist is. En dát hebben Huygen en zijn medewerkers niet gedaan'. Dit verwijft acht ik onterecht, omdat wij gedurende de afgelopen jaren een groot onderzoek hebben verricht met de centrale vraagstelling of een op preventie van somatische fixatie gerichte werkwijze van huisartsen niet ten koste zou gaan van de gezondheidstoestand van hun patiënten. Als dit wel het

Deze aflevering van 'Ingezonden' bevat opnieuw een aantal discussiebijdragen over het onderwerp 'somatische fixatie'. De redactiecommissie verwelkomt in principe verdere reacties, maar wil tevens waarschuwen tegen nodeloze herhalingen van eerder uitgesproken standpunten.

geval zou blijken, zou dat zo'n door Popper genoemde voorwaarde zijn, wijzend op onjuistheid van onze theorie. Ik kan de lezers hier overigens mededelen dat de uitkomsten van dit onderzoek gelukkig eerder op het tegendeel wijzen. Een aantal artikelen over de uitkomsten van dit onderzoek zijn aangeboden aan *Huisarts en Wetenschap*. De eerste vier hiervan zijn echter door de redactiecommissie afgewezen. *Hofmans* moet als eindredacteur hiervan op de hoogte zijn geweest. Het is dan naar mijn mening wel uiterst merkwaardig dat juist na deze afwijzingen plotseling van de hand van deze redacteur een ingezonden verscheint, waarin wordt gesteld dat er geen onderzoek is gepubliceerd naar de juistheid van het basisconcept en als dit dan wordt gevolgd door het hierboven genoemde verwijft.

F.J.A. Huygen

- <sup>1</sup> Hofmans EA. Naschrift [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1991; 34(4): 192-3.
- <sup>2</sup> Huygen FJA. Preventie van somatische fixatie I. *Huisarts Wet* 1978; 21: 363-5.
- <sup>3</sup> Smits A, Van Eijk J, Grol R, Huygen F, van Mierlo G, Mookink H. Preventie van somatische fixatie II. *Huisarts Wet* 1978; 21: 366-9.
- <sup>4</sup> Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon, 1976.
- <sup>5</sup> Van Es JC. Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. *Med Contact* 1976; 31: 1357-63.
- <sup>6</sup> Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- <sup>7</sup> Grol R, Herausg. Die Prävention somatischer Fixierung. Berlin, etc.: Springer, 1985.
- <sup>8</sup> Grol R, ed. To heal or to harm. London: Royal College of General Practitioners, 1988.

## Somatische fixatie 5

In een opvallend stukje in het januarinummer 1991 van *Huisarts en Wetenschap* meldt de Neerlandicus *Hofmans* dat hij twijfelt aan het bestaan van somatische fixatie.<sup>1</sup>

Het zou weleens moeilijk kunnen zijn, om aan iemand die nooit een spreekuur heeft gedaan, uit te leggen wat ermee bedoeld wordt, maar hij legt een vinger op een wonde plek. Ook onder huisartsen valt nog weleens te beluisteren dat het