Na het ongeluk

Toepassing van een denkmodel bij de begeleiding van een patiënt met een chronische aandoening

H. WEMEKAMP

Wemekamp H. Na het ongeluk. Toepassing van een denkmodel bij de begeleiding van een patiënt met een chronische aandoening. Huisarts Wet 1997; 40(11): 536-40.

Samenvatting Begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen en klachten is effectiever en efficiënter als regelmatig een systematische analyse gemaakt wordt van de situatie van de patiënt en diens naasten. Aan de hand van de gevonden knelpunten kan samen met de patiënt een op maat gesneden begeleidingsplan gemaakt worden. Een denkmodel kan daarbij worden gebruikt als geheugensteun. Beschreven wordt de systematische aanpak van de begeleiding van een whiplash-patiënte door haar huisarts. Bovendien wordt ter discussie gesteld hoe de huisarts contact kan onderhouden met mensen met een chronische ziekte, wanneer er geen somatische controlecontacten (meer) zijn.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Afdeling Deskundigheidsbevordering, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.
H. Wemekamp, huisarts-staflid.

Dit artikel is een bewerking van de lezing 'Hoe ga ik om met problemen die niet in één consult zijn op te lossen. Het denkmodel voor langdurige begeleiding', gehouden tijdens het NHG-Congres op 29 november 1996.

Inleiding

Vraag niet wat voor ziekte iemand heeft, maar liever wat voor iemand de ziekte heeft.
Oliver Sacks

Wetenschappelijk onderbouwde kennis en daarop gebaseerd handelen zijn belangrijke pijlers van de huisartsgeneeskunde.[1] Goede huisartsgeneeskunst vraagt meestal meer.[2] De ziekte is onlosmakelijk verbonden met de zieke, met diens levensloop, en met de sociale context en de betekenisgeving van de patiënt.[3]

Patiënten willen niet alleen maar een behandeling volgens de laatste stand der wetenschap, ze willen ook begrepen worden. Ze willen een dokter die goed luistert, aan wie ze hun zorgen kunnen toevertrouwen en die handelt op grond van het beeld dat de dokter van hen heeft opgebouwd.[4] Artsen zijn soms erg gericht op de ziekte, op de oorzaak van klachten. Dan gaan ze ervan uit dat er een rechtstreeks causaal verband is tussen oorzaak, diagnose en behandeling. Het denkkader van de dokter staat dan centraal. Dat is in een aantal situaties een uitstekende en voor de hand liggende aanpak, maar bij patiënten met complexe problemen schiet die benadering te kort. Bij mensen met een chronische ziekte bijvoorbeeld, of bij patiënten met chronische symptomen zonder meetbaar pathologisch substraat. Of bij patiënten met functionele klachten of chronisch klaaggedrag. Daarvoor is een ander benadering nodig, meer gericht op de zieke.[5] Daarbij vormt de arts zich een beeld van de wisselwerking tussen de klacht en de persoonlijke omstandigheden van de patiënt.

Als genezing niet mogelijk is, moet er stapsgewijs worden gezocht naar kleine verbeteringen. Dokter en patiënt zijn samen verantwoordelijk. Daarbij spelen subjectieve factoren, zoals de kennis, ervaringen en visie van de patiënt, én de persoon van de dokter een belangrijke rol. Dat de benadering gericht op de zieke nuttig is, zal door weinig huisartsen betwist worden. Maar *hoe* deze benadering in de praktijk kan worden gerealiseerd bij langdurige begeleiding van mensen met een chronische ziekte, is minder duidelijk. Langdurige begeleiding is in de praktijk vaak gebaseerd op 'intuïtie'. Dat is niet altijd effectief en efficiënt. Bij de somatische behandeling van een chronische *ziekte* zijn huisartsen getraind in het maken van een systematische analyse (het diagnostisch proces), het stellen van doelen en planmatig handelen (het behandelplan). Bij de begeleiding van de chronisch *zieke* is een systematische aanpak ook nuttig. Bij het Nederlands Huisartsen Genootschap is een 'denkmodel voor langdurige begeleiding' ontwikkeld. Het denkmodel, geïnspireerd door *McWhinney* en *Bensing*,[6-8] is een geheugensteun met een aantal aandachtspunten. Daarmee kan de huisarts systematisch de situatie van de patiënt en diens naasten analyseren. Wat is er aan de hand en wat zijn de knelpunten? Heeft de patiënt (of de partner) hulp nodig en wie kan die het beste geven? Op basis van dit denkmodel kan de huisarts samen met de patiënt een actieplan voor de begeleiding op korte en lange termijn maken.

Niet alleen bij mensen met een chronische ziekte, maar ook in andere complexe begeleidingssituaties is het denkmodel nuttig. Hoe dat in de praktijk in zijn werk kan gaan, wordt uitgelegd aan de hand van het verhaal van Charlotte.

Casus

Charlotte, 46 jaar, gehuwd, kinderen van 14 en 15 jaar, had een goed lopend eigen bedrijf als organisatie-adviseur, interimmanager en consultant. Ze had een bruisend leven, zinderde van energie en haar succesvolle carrière leverde haar veel applaus op. Ze reisde het hele land af.

Tot twee jaar geleden. Ze wachtte in haar auto voor een rood stoplicht. Een klap: van achteren aangereden. Sindsdien is haar leven grondig veranderd.

De politie stelt de diagnose al: whiplash. In de ambulance naar het ziekenhuis krijgt Charlotte een halskraag om. Zoals zo vaak in dit soort gevallen gebeurt, krijgt zij daarna van verschillende hulpverleners tegenstrijdige adviezen: kraag om of juist af, strenge rust of juist zo snel mogelijk weer op de been.[9-11]

Tot het ongeval leefde Charlotte gezond, ze werkte hard en ze was nooit ziek. Na de aanrijding heeft ze vier weken gerust. Op advies van de neuroloog probeert ze daarna weer te werken. Dat valt tegen. Haar klachten nemen toe. Hoofdpijn, een stijve nek, vermoeidheid, duizeligheid, concentratiestoornissen en, als ze niet op tijd rust, ook woordbenoemingsstoornissen, een gestoorde oog-handcoördinatie en blackouts. Met haar linkeroog ziet ze wazig en ze hoort een permanente pieptoon. Ze probeert zoveel mogelijk haar afspraken na te komen. Daar krijgt ze steeds vaker spijt van. Ze levert matige prestaties en heeft na elke inspanning ernstige klachten.

In de weken na het ongeluk bezoekt Charlotte haar huisarts twee keer, voornamelijk met vragen over de beste therapie om snel weer normaal te kunnen functioneren. Haar huisarts vraagt heel precies waar ze last van heeft en welke beperkingen dat oplevert. Hij licht haar eerlijk voor over de onzekere prognose en de teleurstellende uitkomst van verschillende therapiemogelijkheden. Diezelfde informatie had ze ook al gekregen van de whiplash-patiëntenvereniging. Ze heeft verder geen hulpvraag aan haar huisarts.

Via de neuroloog van het ziekenhuis in de plaats van het ongeluk is ze verwezen naar een neuroloog in de buurt. Van vele kanten krijgt ze gevraagd en ongevraagd advies over gespecialiseerde neurologen en wondertherapeuten in Nederland en in Amerika. In overleg met de huisarts besluit ze naar een neuroloog in een academisch ziekenhuis te gaan. Ook dat valt tegen. Ze wordt doorverwezen naar een KNO-arts en een oogarts en ondergaat steeds meer belastende onderzoeken. De uitslagen bevestigen voortdurend wat ze voelt, maar ze wordt er niet beter van.

Twee maanden na het ongeluk neemt de huisarts zelf contact op. Dat doet hij vaker in dit soort situaties. Charlotte is daar blij mee. Inmiddels is ze niet meer zó gedreven op zoek naar snelle genezing. Ze heeft nu behoefte aan begeleiding, aan iemand die haar helpt om te gaan met de gevolgen van het ongeluk en keuzen te maken uit de vele behandelmogelijkheden die haar door vrienden, kennissen en hulpverleners worden geadviseerd. De huisarts biedt haar een tweewekelijks gesprek aan. Op somatisch terrein vindt genoeg onderzoek plaats door de specialisten. Over haar sociale netwerk heeft Charlotte niet te klagen; ze krijgt voldoende emotionele en praktische steun. De huisarts besluit zijn begeleiding voornamelijk te richten op de psychische factoren. Omdat Charlotte nooit ziek was, heeft ze geen manier ontwikkeld om te leven met een haperend lichaam (copingstrategie). Door inspanning, doorzettingsvermogen en wilskracht heeft ze altijd alles voor elkaar gekregen. Nu lukt het daar niet meer mee. Voortdurend stuit ze op haar grenzen. Ze wordt teleurgesteld, boos, verdrietig en neerslachtig. De huisarts adviseert haar te proberen zó weinig te doen dat een inspanning geen klachten oplevert. Voorzichtig één activiteit, een half uur. Ze moet in een dagboek bijhouden hoe lang het herstel daarna duurt. Later kan ze proberen haar inspanningen uit te breiden. Hij voorspelt haar dat ze aanvankelijk niet meer dan twee keer per dag een halfuur actief kan zijn zonder klachten. Het herstel zal langzaam maar hopelijk gestaag verlopen.

Deze aanpak spreekt Charlotte aan. Het past ook goed bij haar eigen professionele aanpak: benadrukken wat goed gaat en niet steeds praten over wat niet lukt. En het helpt haar om het besluit te nemen al haar werkafspraken af te zeggen.

Charlotte vraagt haar huisarts ook te bemiddelen in de contacten met andere hulpverleners. Hij helpt haar de weg te vinden in het overstelpende aanbod aan therapiemogelijkheden. Hij bemiddelt in het contact met de neuroloog die de ernstige bijwerkingen van de door hem voorgeschreven antidepressiva niet serieus neemt. En hij steunt haar in haar weigering om nog meer te laten meten en onderzoeken, als niet van tevoren duidelijk is dat daar therapeutische consequenties uit voortvloeien. Onderzoek in het ziekenhuis blijkt erg vermoeiend en de uitslag levert meestal niet meer op dan een bevestiging van iets dat ze al weet.

Helaas loopt het herstel niet zo voorspoedig als de huisarts heeft voorspeld. Twee jaar na het ongeluk is ze nog steeds niet in staat te werken. Met de beperkte energie die ze heeft, kan ze met moeite thuis met haar gezin bezig zijn, iets wat ze voorheen probleemloos tussendoor deed.

De verzekeringsmaatschappij van de veroorzaker van het ongeluk heeft een adviserend neuroloog ingeschakeld. Deze spreekt van 'een eindtoestand en een blijvende beperking enkel en alleen ten gevolge van het trauma'. Dank zij dit oordeel, mogelijk ook door haar toppositie in de organisatie-advieswereld en door haar goede advocaat, lijkt de verzekeringsmaatschappij haar claim te erkennen en een ruime financiële vergoeding uit te keren. Dat beperkt de economische schade. Ze hoeft haar huis niet te verkopen en kan de huishoudelijke hulp in dienst houden. Geen overbodige luxe; ze kan nauwelijks twee dingen tegelijk doen: een vaardigheid die niet alleen interimmanagers, maar ook huisvrouwen nodig hebben.

Toen herstel uitbleef, verwees de huisarts haar naar een pijn/whiplash-centrum van een academisch ziekenhuis. Hij vertelde Charlotte dat ze daar een goed begeleidingsteam voor haar zouden kunnen samenstellen. Dat bleek te kloppen. De psychologe en de haptonoom begeleiden haar op maat, op grond van de testen van de neuropsycholoog en aansluitend bij Charlottes behoefte.

Het bericht van de adviserend neuroloog over een 'eindtoestand' veroorzaakte bij Charlotte een mentale crisis. Uiteindelijk maakte die de weg vrij voor gewenning aan 'leren leven met blijvende beperkingen'. Charlotte gaat nu creatief om met haar beperkte energie en raakt niet meer in paniek van de bizarre klachten die optreden als ze haar grenzen overschrijdt. Soms kiest ze toch voor een te grote inspanning; dan weet ze dat ze daarna een paar rustdagen moet nemen. Hoewel ze regelmatig verdrietig en neerslachtig is, kan ze vaak ook genieten van de positieve dingen in haar leven. Ze begint te wennen aan haar nieuwe identiteit. Charlotte ziet haar huisarts nog maar zelden. Hij neemt elke drie maanden contact met haar op, als hij tenminste ondertussen niet haar of één van de

andere gezinsleden heeft gezien. Dit om zijn belangstelling te tonen en om na te gaan of het op alle punten goed loopt. Meestal kan hij met een gerust hart concluderen dat zijn hulp op dat moment niet nodig is.

Bespreking

Deze bespreking gaat niet over de vraag: 'bestaat whiplash wel of is het een renteneurose?' En ook niet over de mogelijke oorzaken. Het gaat om het 'denkmodel voor langdurige begeleiding' en ik zal bespreken hoe de huisarts daarvan gebruik heeft gemaakt om samen met Charlotte zijn begeleiding vorm te geven.

Het denkmodel is een hulpmiddel, een geheugensteun. Aan de hand daarvan kan de huisarts op gezette tijden alle factoren analyseren die voor de patiënt, de naasten en de hulpverleners bij de begeleiding van belang kunnen zijn. Belangrijke aspecten worden op die manier minder gemakkelijk over het hoofd gezien.

Het denkmodel wordt weergegeven in de *figuur*; de verschillende elementen (vakjes) van het denkmodel zullen in het volgende nader worden gepreciseerd.

Bij het maken van een analyse samen met de patiënt is het uitdrukkelijk de bedoeling te inventariseren en niet om met de patiënt in discussie te gaan over wat nu de kip of het ei is. De *gevolgen* van de klacht voor het dagelijks leven worden op die manier duidelijk. Doelbewust wordt niet geprobeerd een oorzakelijk verband te leggen, omdat patiënten daar vaak geïrriteerd op reageren en zich niet serieus genomen voelen: 'de dokter denkt zeker dat mijn hoofdpijn komt van...'. Dat komt de samenwerking niet ten goede. Bovendien worden mogelijke causale verbanden na systematische inventarisatie vaak vanzelf duidelijk.

In deze bespreking worden slechts enkele items uitgewerkt. Welk item de meeste aandacht behoeft, zal per patiënt en per moment in de ziektehistorie verschillen. Dat de somatische factoren in deze casus in het begin de meeste aandacht krijgen, is toevallig.

Somatische factoren

Ziekte
- diagnose
- functiestoornis
- beperking
- handicap

Behandeling
Comorbiditeit

Vlak na het ongeluk richtte de huisarts zijn aandacht vooral op de somatische aspecten, omdat Charlottes hulpvraag daarop was gericht. Hij ging niet met haar in debat over de aard van de diagnose. Dat kost veel zinloze energie en helpt de patiënt niet echt. Het inventariseren van de stoornissen, beperkingen en handicaps is een goed hulpmiddel om een compleet beeld te krijgen.[12]

Twee maanden na het ongeluk nam de huisarts op eigen initiatief contact op en maakte hij opnieuw een analyse van de situatie. Hij concludeerde dat op dat moment Charlottes copingstrategie en de communicatie met andere hulpverleners de knelpunten vormden. Daarop richtte hij zijn energie.

Psychische factoren

Persoonsgebonden factoren
- sekse, levensfase, culturele identiteit, etc.
- eerder doorgemaakte ingrijpende gebeurtenissen
- copingstrategieën

Ziektegebonden factoren
- gevolgen ziekte/behandeling

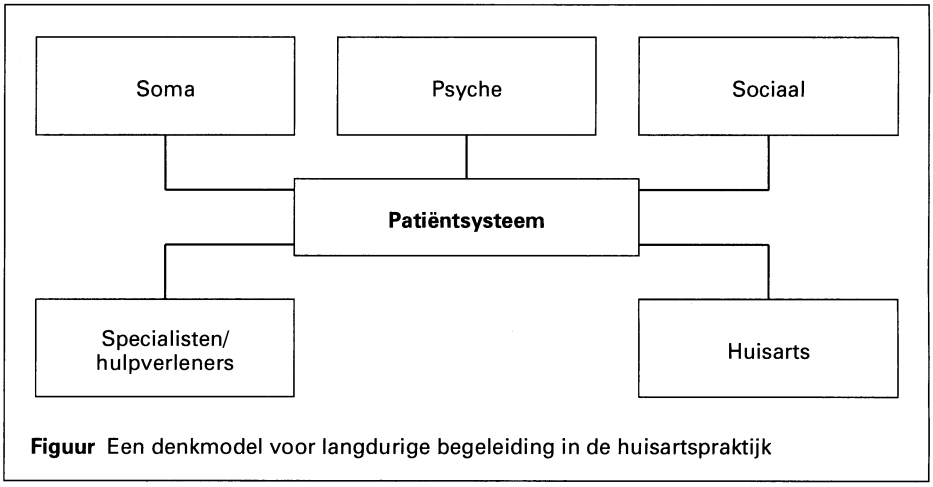
Op basis van de bevinding dat Charlottes copingstrategie niet adequaat was, koos de huisarts voor een gedragsmatige aanpak door middel van de dagboekmethode.

Sociale factoren

Sociaal netwerk:
steun
- informatief (hoofd)
- praktisch (hand)
- emotioneel (hart)

Sociaal-economische factoren
Sociaal-culturele factoren

Charlotte ontvangt voldoende steun van haar sociale netwerk. Verder is zij een van de zeldzame patiënten die door haar ziekte niet in financiële problemen komt. Dat is niet altijd het geval. Iedere huisarts kent uit de praktijk de knelpunten die in het sociale netwerk kunnen optreden en hoe die de kwaliteit van leven van de patiënt kunnen beïnvloeden. Wat betreft de sociaal-economische factoren is duidelijk dat de toenemende afbraak van het sociale verzekeringsstelsel ernstige consequenties heeft voor mensen met een chronische ziekte. Niet alleen voor patiënten, maar ook voor huisartsen heeft dat gevolgen. Pogingen om bij diagnostiek en begeleiding niet in de bekende valkuil te vallen ('is het nu somatisch of psychisch') wor-



Figuur Een denkmodel voor langdurige begeleiding in de huisartspraktijk

den ondermijnd door patiënten die aandringen op meer somatisch onderzoek, omdat een somatische oorzaak een hogere kans op maatschappelijke erkenning geeft in de vorm van een uitkering.

Specialisten/hulpverleners

Continuïteit
Complementariteit van taken en functies
Coördinatie
Communicatie[13]

Charlottes huisarts helpt haar een weg te vinden in het doolhof van therapiemogelijkheden, bemiddelt in het contact met andere hulpverleners, en verwijst haar naar een goed functionerend pijn/whiplash-centrum. Daarna kan hij zijn begeleidingsactiviteiten verminderen.

Huisarts

Hulpvraag
Hulpaanbod
Eigen normen en waarden
Praktijkorganisatie

De huisarts realiseert zich dat deze gestructureerde vorm van begeleiding efficiënt en voor alle partijen bevredigend is. Voordat hij geleerd had met behulp van het denkmodel een systematische analyse te maken en zijn actieplan daarop te baseren, probeerde hij ook altijd wel patiënten te begeleiden, maar dat ging ongericht: hij ging op alles in wat de patiënt te berde bracht als hij langskwam, en bij een volgend contact kwamen dan weer andere dingen aan de orde die voor de patiënt op dat moment belangrijker waren. Hoewel het prettige gesprekken waren, lieten ze toch vaak een onbevredigend gevoel achter. Had hij geen belangrijke onderwerpen over het hoofd gezien? En maakte het voor de patiënt echt wat uit of ze praatte met de buurvrouw, de wijkverpleegkundige, de dominee, de fysiotherapeut of de huisarts?

Hij kan nu duidelijker kiezen welke aanpak hij bij de begeleiding wil gebruiken. Bij Charlotte gebruikt hij aanvankelijk voorlichting. En in een latere fase een gedragsmatige aanpak met dagboek. Hij bemiddelt in de contacten met andere hulpverleners en verwijst haar uiteindelijk naar een begeleidingsteam. Met het sociale netwerk behoeft hij zich niet te bemoeien; Charlotte krijgt voldoende steun. Nu bestaat zijn begeleiding alleen nog maar uit het weinig arbeidsintensieve vinger aan de pols houden.

Voor deze aanpak was een wijziging in zijn praktijkorganisatie nodig. Hij wacht niet altijd op een concrete hulpvraag. Bij mensen met een chronische ziekte noteert hij consequent in de agenda dat hij drie maanden na een contact even moet bellen. Hij heeft de indruk dat deze werkwijze uiteindelijk niet meer, misschien zelfs minder tijd kost.

Beschouwing

In deze klinische les heb ik geïllustreerd hoe de begeleiding van een patiënt met chronische klachten of een lastige diagnose gestructureerd kan worden vormgegeven. Twee punten vragen een nadere beschouwing. Ten eerste de wijze en frequentie van contact. De huisarts van Charlotte heeft driemaandelijks kort telefonisch contact met de mensen met een chronische ziekte in zijn praktijk. Dat is ongebruikelijk. Huisartsen laten zich bij de begeleiding van mensen met een chronische ziekte vooral leiden door wat ze kunnen doen, in de letterlijke zin van het woord: het meten van de bloeddruk, het controleren van de bloedsuiker. Daarom worden patiënten met diabetes en hypertensie regelmatig gezien. Wanneer geen handeling kan worden uitgevoerd, blijkt het contact met de huisarts sterk af te nemen.[14] Dan werken huisartsen vaak volgens het loketmodel ('u kunt altijd bellen als er wat is'). Dit blijkt niet altijd voldoende voor een goede begeleiding. Het 'friendly visit'-model (elke drie maanden bij alle immobiele mensen met een chronische ziekte langsgaan) blijkt in de praktijk niet efficiënt. De oplossing van Charlottes huisarts zal ook niet iedereen aanspreken.

Hoe moet het dan wel? Om een analyse te kunnen maken of een patiënt of diens naaste hulp nodig heeft, is enige vorm van contact wel nodig. Halen we ons op die manier onnodig werk op de hals? Of is het op de lange termijn juist werkbesparend?

En ten tweede: is het denkmodel werkelijk een nuttig hulpmiddel? Op basis van deze klinische les alleen is geen goed inzicht in de samenhang en het gebruik van het denkmodel in de praktijk te krijgen. Dat is pas goed mogelijk door middel van een vaardigheidstraining. Helaas kan ik geen degelijk onderzoek presenteren dat aantoont dat de hier beschreven manier van begeleiden de kwaliteit van leven van patiënten vergroot, tegelijk met het werkplezier en de efficiëntie van de huisarts. De medisch-technische aspecten van ons vak kunnen gemeten worden met natuurwetenschappelijke methoden, maar wie probeert met diezelfde meetlat de uitkomsten van 'begeleiding' vast te stellen, wordt teleurgesteld. Onderzoeken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg over multifactoriële processen leiden zelden tot simpele 'evidence-based' resultaten.[15] We zullen op dit terrein genoegen moeten nemen met 'experience-based' literatuur. En die is er genoeg. Met name wil ik hier de door de Nationale Commissie Chronisch Zieken gepubliceerde overzichtsstudies noemen, die een goed inzicht geven in de ontwikkelingen en ideeën binnen de chronisch-ziekenbeweging en de hulpverlening.[16,17]

Systematisch leren werken met het denkmodel voor langdurige begeleiding is één van de onderwijsdoelstellingen van het onderwijsarrangement over 'Begeleiding van patiënten met kanker'.[18-21] Dit is ontwikkeld door de Afdeling Deskundigheidsbevordering van het NHG en gepubliceerd als NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderingspakket nr. 40. In een vervolgproject dat is gericht op de begeleiding van mensen met een chronische ziekte, wordt onderwijsmateriaal ontwikkeld, gericht op vragen als: Heb ik als huisarts een taak bij de begeleiding van mensen met een chronische ziekte? Hoe onderhoud ik het contact? Welke afspraken maak ik met de patiënt? Hoe stimuleer ik de autonomie? Hoe maak ik gebruik van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt? Hoe betrek ik de naasten erbij? En hoe werk ik samen met andere hulpverleners?

Dankbetuiging
Met dank aan Charlotte Lemmens en haar huisarts, aan Gerard van Westerloo, journalist, en aan mijn NHG-collega's voor hun stimulerende commentaar.

Literatuur

1 Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: NHG, 1996.
2 Rutten GEHM, redacteur. Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht: NHG, 1996.
3 Lagro-Janssen ALM. De tweeslachtigheid van het verschil. Huisarts Wet 1997; 40(10): 486-90.
4 Bergsma J, Van Velthoven P. Patiënt en arts. Samenwerking in het ziekenhuis. Utrecht: Lemma, 1996.
5 Beijaert RPH, Van Duijn NP. Reumatiek. Huisarts Wet 1997; 40(3): 110-3.
6 Mc Whinney IR. Continuity of care. Huisarts Wet 1993; 36; 44-6.
7 McWhinney IR. Why we need a new clinical method. Scan J Prim Health Care 1993; 11: 3-7.
8 Bensing JM. De rotonde van lichaam en geest. Psychologische aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg [oratie]. Utrecht: Nivel, 1994.
9 Schrader H, Obelieniene D, Bovim G. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. Lancet 1996; 347: 1207-11.
10 Jolles J. Over de gevolgen van licht hersenletsel in het dagelijks leven. In: Boissevain-de Wit C, samensteller. Zoeklicht op de zorg thuis. Arnhem: Presikhaaf, 1995.
11 Groet E, Van Balen HGG, Knoop JA. Diagnostiek en behandeling na niet-aangeboren hersenletsel. Het zorgaanbod is enigszins verruimd. Med Contact 1997; 52(6): 191-2.
12 Halbertsma J. ICIDH. De internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Med Contact 1995; 50: 710-3.
13 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Schadé E. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
14 Meyboom-de Jong B. Van loketgeneeskunde tot consequent vervolgbeleid. Huisarts Wet 1996; 39: 309-11.
15 'Onderzoek in de geesteswetenschap is voornamelijk roddel.' Verslag van de lezing 'De toekomst van de Universiteit?' door George Steiner, cultuurfilosoof. De Volkskrant, 21 maart 1997.
16 Spreeuwenberg C, Van den Bos GAM, Van den Boom FM, Driessen S. Met het oog op autonomie. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Assen: Van Gorcum, 1995
17 Schrameijer F. Psychosociale interventies bij chronisch zieken. Zoetermeer: NCCZ, 1994.
18 Wemekamp H, Gualthérie van Weezel LM, Den Hollander MHJ. Aandachtspunten voor een goede begeleiding van patiënten met kanker door de huisarts. Cahier voor deskundigheidsbevordering. Utrecht: NHG, 1996.
19 Wemekamp H, Gualthérie van Weezel LM. De huisarts en de begeleiding van patiënten met kanker. Ned Tijdschr Geneeskd 1996; 140: 1389-91.
20 Schadé E. De plaats van de huisarts binnen de zorg voor de patiënt met kanker. Huisarts Wet 1997; 40(5): 189-92.
21 Wemekamp H, Gualthérie van Weezel L, Den Hollander M, Timmermans A. Academische droom versus de realiteit [ingezonden]. Huisarts Wet 1997; 40(10): 503.

■