

# Persoonlijke zorg versus kwaliteitszorg: een valse antithese

L.G.M. VAN BERKESTIJN

**Van Berkestijn LGM. Persoonlijke zorg versus kwaliteitszorg: een valse antithese. Huisarts Wet 1999;42(12):566-9.**

Persoonlijke zorg en zorg volgens uniforme richtlijnen lijken strijdig met elkaar. De kwaliteitseisen voor de interactie met de individuele patiënt (het persoonlijke in de zorg door de huisarts) zijn beschreven in een ‘horizontale’ standaard (‘Huisarts en patiënt’). De ‘verticale’ medisch-technische standaarden geven richtlijnen voor het handelen op medisch-technisch gebied. Het gaat erom de kwaliteitseisen op beide gebieden met elkaar te verenigen. Is dat mogelijk? De tegenstelling tussen deze kwaliteitseisen is slechts schijn. In werkelijkheid zijn zij onverbrekelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden ze elkaar. Het is de kunst deze eisen te integreren. Door de complexiteit van de situatie van het huisartsconsult is dit moeilijk, maar niet onmogelijk. Er wordt een concreet voorstel gedaan voor een methode van integrale toetsing van een consult in toetsgroepen.

dr. L.G.M. van Berkestijn, Vakgroep  
Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht,  
Postbus 80045, 3508 TA Utrecht;  
e-mail l.g.m.vanberkestijn@med.uu.nl.

## Inleiding

‘Panta rheo, ouden menei’, sprak de oude Griekse filosoof Heraclitus: ‘Alles stroomt, niets blijft.’ Anders gezegd: alles is aan verandering onderhevig.

‘Panta menei, ouden rheo’, sprak de oude Griekse filosoof Parmenides enige tijd later: ‘Alles blijft, niets stroomt’, of: in wezen zijn de dingen onveranderlijk.

Beide filosofen trachten hun gelijk te illustreren aan de hand van het beeld van een stromende rivier. ‘Men kan niet tweemaal in dezelfde rivier afdalen, het water wisselt immers steeds’, zei Heraclitus. ‘Nee’, antwoordde Parmenides, ‘de rivier *lijkt* wel voorbij te stromen, maar het is een blijft altijd dezelfde rivier met dezelfde naam’. Wie van deze twee filosofen had er nu gelijk, Parmenides of Heraclitus?

‘Stil maar’, sprak Hegel 22 eeuwen later. ‘Stop jullie twistgesprek, want jullie hebben allebei gelijk. Aan alle dingen kan een onveranderlijk en een veranderlijk aspect worden onderscheiden: het onveranderlijke is het wezenlijke, de kern; het veranderlijke is de verschijningsvorm, die steeds onderhevig is aan transformatie. Uw tegengestelde standpunten zijn verschillende invalshoeken om naar eenzelfde fenomeen te kijken; de tegenstelling is slechts schijn.’<sup>1</sup>

Ook de huisarts wordt in zijn werk met allerlei tegenstellingen geconfronteerd, waardoor hij vaak aan (ogenschijnlijk) tegengestelde eisen moet voldoen:<sup>2,3</sup>

- Hij moet open en ‘rustig achteroverleunend’ kunnen luisteren, en hij moet tegelijk op zijn hoede zijn om geen alarmsymptomen over het hoofd te zien.
- Hij moet direct handelend kunnen optreden, maar moet ook in staat zijn zich afwachtend op te stellen om het natuurlijk beloop en de zelfwerkzaamheid van de patiënt maximaal de kans te geven.
- Hij moet zich beperken tot de klacht en de hulpvraag van de patiënt, en moet tegelijk oog hebben voor de bredere context waarin klacht en patiënt zijn geplaatst.
- Hij moet betrokken meelevens en dichtbij de patiënt zijn, en tegelijk voldoende

distantie houden om nuchter te kunnen beslissen en handelen.

- Hij moet zoveel mogelijk ingaan op de wensen van de patiënt, en tegelijkertijd de kosten van de gezondheidszorg bewaken en onnodige medische consumptie voorkomen.
- Hij moet handelen volgens uniform geldende richtlijnen voor medisch-technische problemen, maar tegelijk de flexibiliteit opbrengen om in het individuele geval af te wijken van diezelfde richtlijnen.

Over deze laatste tegenstelling gaat een belangrijk deel van dit artikel.

## Het ‘persoonlijke’ bedreigd?

*Persoonlijke zorg* wordt voor dit artikel gedefinieerd als zorg die optimaal rekening houdt met de unieke situatie van de individuele patiënt, en die wordt gegeven door één vertrouwenspersoon, een vaste, eigen huisarts, met wie in een reeks van contacten een vertrouwensrelatie is opgebouwd. In de in 1996 verschenen NHG-uitgave ‘Huisarts en patiënt’ is nader uitgewerkt aan welke eisen persoonlijke zorg door de huisarts moet voldoen.<sup>4</sup>

*Kwaliteitszorg* wordt voor dit artikel gedefinieerd als zorg die gegeven wordt volgens de richtlijnen voor kwalitatief goed medisch handelen. Dit komt voor de Nederlandse huisarts in hoofdzaak neer op het volgen van de NHG-standaarden.<sup>5,6</sup> Deze zijn immers ontwikkeld in het kader van het kwaliteitsbeleid. De belangrijkste doelstellingen ervan zijn het bieden van houvast aan de huisarts en het terugdringen van onaanvaardbare verschillen in huisartsgeneeskundig handelen.<sup>7,8</sup>

De laatste jaren lijkt het ‘persoonlijke’ in de zorg aan erosie onderhevig door twee nieuwe ontwikkelingen. In de eerste plaats zijn dat de vele nieuwe richtlijnen voor correct medisch handelen, die onder meer voortvloeien uit de NHG-standaarden, en die door menig huisarts worden ervaren als een keurslijf. In de tweede plaats is er de gestaag afnemende beschikbaarheid van de eigen huisarts.

Over het laatste wil ik kort zijn. Het is

waar dat beperkte beschikbaarheid de persoonlijke betrokkenheid in de zorg kan aantasten. Fenomenen als avond-, nachten en weekenddiensten, verplichte nascholing overdag en werken in deeltijd verkleinen de kans dat de patiënt zijn eigen, vaste huisarts treft. Dit maakt persoonlijke zorg en de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie echter niet onmogelijk, mits de huisarts zich enige extra inspanning wil getroosten; voorbeelden daarvan zijn: vaker bij zichzelf terugbestellen, contact houden na verwijzing, opzoeken in het ziekenhuis, na ontslag langsgaan of opbel len, en bereikbaarheid buiten werktijd voor stervenden. Dat de huisarts de zorg voor zijn patiënt meer dan ooit met collega's deelt, heeft overigens ook voordelen, zoals controle van elkaars werk, en een frisse, nieuwe kijk op patiëntproblemen.<sup>9,10</sup>

Gecompliceerder ligt het probleem van het combineren van persoonlijke zorg en kwaliteitszorg. De eis dat de zorg persoonlijk moet zijn, maar tegelijk de NHG-standaarden moet volgen, kan leiden tot een lastige tegenstelling. De huisarts moet meer gaan handelen volgens *uniform geldende richtlijnen* (= kwaliteitszorg leveren), maar tegelijk persoonlijke zorg bieden, dat wil zeggen zorg die aansluit bij de *unieke behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt*. Is het wel mogelijk te handelen volgens uniforme richtlijnen in de steeds weer wisselende situaties waarin unieke mensen verkeren?

Mijn antwoord op deze vraag luidt bevestigend. Handelen volgens uniforme richtlijnen is goed te combineren met een persoonsgerichte benadering. Er is hier sprake van een schijntegenstelling. Sterker nog: beide aspecten van het handelen van de huisarts zijn niet van elkaar los te koppelen en moeten met elkaar worden geïntegreerd.

### NHG-standaarden, een keurslijf?

Sinds het verschijnen van de standaarden is in verschillende publicaties gewezen op hun beperkte reikwijdte en relatieve gel-

digheid. Enkele van deze publicaties wil ik nader bespreken, omdat de daarin weergegeven zienswijze aanknopingspunten biedt voor de integratie van kwaliteitseen, waar ik hierboven op doelde.

*De Maeseneer & Meyboom-de Jong* kritiseren het gebruik van de NHG-standaarden bij kwaliteitsbeoordeling van het handelen van huisartsen.<sup>11</sup> De hulpverleningssituatie van het consult bij de huisarts is volgens hen te complex om met een standaard beoordeeld te kunnen worden. Zij wijzen erop dat het probleemoplosend gedrag van huisartsen in hoge mate context-specifiek is, en dat het klinisch handelen van huisartsen wordt beïnvloed door vele arts- en patiëntgebonden factoren.

*Van Duijn & Meyboom-de Jong* laten eenzelfde soort protest horen. Zij vinden dat de NHG-standaarden niet als *gouden standaarden* gebruikt mogen worden, zoals regelmatig gebeurt in onderzoek naar de kwaliteit van handelen door huisartsen.<sup>12</sup> Terecht benadrukken zij het onderscheid tussen *opties* (keuzemogelijkheden die vrijblijvend gevuld kunnen worden), *richtlijnen* (adviezen waar beargumenteert van afgewezen kan worden) en *standaarden* (voorschriften waarvan niet mag worden afgewezen). Zij stellen vast dat de NHG-standaarden geen standaarden zijn in de letterlijke betekenis van het woord, maar richtlijnen. Dit blijkt uit de bij elke standaard herhaalde kaders over de inbreng van de patiënt en het persoonlijk inzicht van de huisarts. Zij concluderen dat gebruik van de NHG-standaarden voor *onderzoek* naar de kwaliteit van handelen ongepast is, maar dat zij wel heel geschikt zijn als uitgangspunt voor discussies in *toetsgroepen* over het handelen van huisartsen. De gebruikswaarde van de NHG-standaarden reikt niet verder dan een wetenschappelijk verantwoord hulpmiddel, waarmee individuele huisartsen de motieven voor hun feitelijk handelen kunnen verduidelijken, of hun beleid kunnen onderbouwen. Samenvattend betekent dit een protest tegen een interpretatie van NHG-standaarden als dwingende voorschriften, en een pleidooi voor de opvatting dat het veeleer om richtlijnen gaat.

### Dwingend voorschrift of adviserende richtlijn?

Ik sluit mij van harte aan bij deze opvatting. Stel dat de NHG-standaarden waren bedoeld als dwingende voorschriften waarvan niet mag worden afgewezen. Huisartsen met de 'juiste beroepsattitude' zouden deze voorschriften dan altijd stipt opvolgen. Onder toenemende druk van de beroepsgroep zouden zij zich genoodzaakt zien de norm van de standaard altijd te laten prevaleren boven de persoonlijke noden en wensen van de patiënt. Tot in het uiterste doorgevoerd zou dit betekenen dat de hulpverlening net zo goed zou kunnen worden overgelaten aan een computerprogramma.

Deze toekomstfantasie is minder absurd, dan zij op het eerste gezicht lijkt. Het elektronisch medisch dosser (EMD) is recent voorzien van een elektronisch formulair, en zal in de toekomst worden uitgebreid met een diagnostisch expertsysteem. Iedereen voelt aan dat het idee van de huisarts die als een computer altijd precies volgens de voorschriften werkt, te ver voert.

Wanneer de NHG-standaarden als richtlijnen zouden worden opgevat waarvan kan – en soms moet – worden afgewezen, creëert dit de ruimte die nodig is voor persoonlijke zorg. De voor elke NHG-standaard geldende noties over de inbreng van de patiënt en het persoonlijk inzicht van de huisarts mogen een prominente plaats innemen in het denken en doen van de praktizerend huisarts. In de individuele hulpverleningssituatie blijft de huisarts persoonlijk verantwoordelijk voor het al dan niet toepassen van een richtlijn. Flexibele toepassing van richtlijnen is geen luxe, maar een eis. Een eis, die steun vindt in een eigentijds filosofisch standpunt.

### Primaat van het kleine verhaal

Veel hedendaagse filosofen noemen zich 'postmodern'.<sup>13</sup> De postmodernen hebben bewust gebroken met het tijdperk van het modernisme (van Descartes tot circa

1980). Onder aanvoering van Lyotard stellen zij dat het tijdperk van het modernisme het tijdperk is geweest van de ‘grote verhalen’. Hiermee bedoelen zij, dat de ‘modernen’ geloofden in grote waarheden, verkondigd in en door een filosofische theorie. Een ‘groot verhaal’ is een alomvattend idee over de werkelijkheid, zoals die moet zijn. Als idee en werkelijkheid niet overeenstemmen, zal de modernist het tekort zoeken in de werkelijkheid, niet in de idee. Afwijken van de idee wordt niet getolereerd (zie bijvoorbeeld denkrichtingen als het communisme en nationaal-socialisme).

De postmodernist zoekt omgekeerd het tekort in de idee en niet in de werkelijkheid. In het postmoderne denken speelt derhalve het relativeren een belangrijke rol (theoretisch relativisme). Het ‘kleine verhaal’ van het individu wordt, als het erop aankomt, belangrijker geacht dan de theorie.

Volgens Burgers *et al.* kunnen de NHG-standaarden worden opgevat als verhalen.<sup>14</sup> Toepassing van de postmoderne denktrant op het werken met de standaarden levert het volgende uitgangspunt op: huisartsen moeten primair luisteren naar het ‘kleine verhaal’ van de patiënt, en vervolgens nagaan in hoeverre dit overlap vertoont met het ‘grote verhaal’ van de standaard. Bij conflicterende eisen moet aansluiting aan het unieke van de situatie van de patiënt prevaleren boven het volgen van de richtlijn.

Dit betekent niet dat de richtlijnen uit de standaarden naar willekeur kunnen worden genegeerd, wel dat beslissingen steeds afgewogen en achteraf verantwoord moeten worden. Het kleine en grote verhaal moeten zoveel mogelijk met elkaar worden geïntegreerd.

### Integratie van kwaliteitseisen

Hoe kunnen de eisen van persoonlijke zorg en kwaliteitszorg in de praktijk worden geïntegreerd?

*Van der Voort* argumenteerde al eerder dat het volgen van een NHG-standaard

niet ten koste behoeft te gaan van een persoonlijke, patiëntgerichte benadering.<sup>15</sup> Hij wijst erop dat het NHG nooit de bedoeling heeft gehad met de standaarden een ommezwaai te maken van een persoonsgerichte naar een medisch-technische benadering. Hij legt uit dat de standaarden beginnen op het moment waarop de hulpvraag duidelijk is. Vanaf dat moment wordt de huisarts voorgesteld de standaard te volgen. Hij noemt de medisch-technische standaarden ‘verticaal’ en pleit voor de ontwikkeling van een ‘horizontale’ standaard voor de beschrijving van consultvoering in het algemeen. Deze zou eigenlijk in alle standaarden (horizontaal dus) moeten worden herhaald. *Wiersma* houdt een pleidooi van dezelfde strekking.<sup>16</sup>

Inmiddels is de horizontale standaard aangaande de kwaliteitseisen voor de interactie tussen huisarts en patiënt (of zo men wil de persoonsgerichte benadering) verschenen.<sup>4</sup>

Voortbordurend op de gedachtengang van *Van der Voort* en *Wiersma* kan het volgende worden gesteld. De horizontale standaard staat niet domweg haaks op de verticale standaarden; zij kruisen elkaar als schering en inslag in het weefgetouw. Medisch-technische en persoonsgerichte aspecten zijn in de feitelijke werkelijkheid niet te scheiden. Hun verwevenheid is onder meer duidelijk gebleken uit onderzoek naar de kwaliteit van consulten en bij de ontwikkeling van instrumenten ter toetsing van de kwaliteit van consultvoering.<sup>17-20</sup> Telkens blijkt de kwaliteit van het ene aspect het andere te beïnvloeden. In het toetsinstrument voor consultvoering in de huisartsopleiding is dan ook een oordeel over de medisch-technische kwaliteit van het consult opgenomen.<sup>21</sup> Een goed consult is een consult waarin aandacht voor communicatieve en medisch-technische aspecten *samengaan*. Juist in het *evenwicht* van de aandacht voor beide manifesteert zich goede kwaliteit.

De huisarts moet tijdens het consult voortdurend heen en weer pendelen tussen twee polen. Tijdens de intake is hij vooral georiënteerd op de persoon van de patiënt, tijdens de diagnostische fase meer op me-

dische feiten en wetmatigheden. Maar zelfs deze indeling is al kunstmatig, omdat beide fasen in werkelijkheid door elkaar lopen. Bij het uiten van de klacht, of zelfs bij binnenkomst van de patiënt, beginnen de meeste huisartsen al diagnostische hypothesen te genereren. In de fase na de diagnostiek is de verwevenheid nog sterker aanwezig. De huisarts vat de bevindingen uit intake, anamnese en lichamelijk onderzoek samen in een probleemformulering die al de genoemde elementen kort en kernachtig weergeeft. Dit mag met recht een *samenvatting* worden genoemd, waarin alle elementen in onderlinge balans en synthese bij elkaar worden gebracht.

### Integratie van het kleine en grote verhaal

Het kan niet genoeg benadrukt worden hoe belangrijk de fase van de probleemformulering is. Deze creëert voor beide partijen overzicht, en markeert het begin van een belangrijke dialoog. Na zijn bevindingen en de interpretatie daarvan meegedeeld te hebben, vraagt de huisarts immers direct om een reactie van de patiënt.

Vaak zullen de visies van huisarts en patiënt overeenkomen, maar soms zal enig heen en weer praten vereist zijn om overeenstemming te bereiken over hoe het probleem gezien moet worden. Het dialoogkarakter van de interactie na de probleemformulering is van essentieel belang voor een functionele hulpverlening: hulp die aansluit bij de hulpvraag van de patiënt en tevens doeltreffend is. Dit hele proces wordt in de Angelsaksische literatuur aangeduid met termen als ‘the patient-centered approach’ en ‘coming to agreement’.<sup>22</sup> Consulten waarbij het lukt met de patiënt overeenstemming te bereiken, leiden tot een beter resultaat.<sup>23,24</sup>

In de fase van de probleemformulering gaat de pendelbeweging tussen een persoonsgerichte en een uniforme aanpak in het hoofd van de huisarts in verkort tempo heen en weer, waarbij veel creativiteit wordt gevergd om eisen van unieke en meer algemene aard met elkaar in balans

te houden. In de volgende fasen van het consult (overleg over het diagnostisch beleid buiten de huisartspraktijk en overleg over het therapeutisch beleid) herhaalt zich dit patroon van integratie van overwegingen van huisarts én patiënt.

Ter bevordering van deze aanpak zou men bij casuïstiekbesprekingen in toetsgroepen speciaal kunnen letten op aspecten van de integratie van de horizontale en verticale standaard. Daarbij zou men kunnen beginnen met een globale screening van de casus om op voorhand hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden. Centrale vragen bij deze screening kunnen zijn:

- Wat waren belangrijke contextgegevens (wat riep de patiënt bij binnenkomst op aan gedachten en gevoelens, hoe waren de werkomstandigheden van de huisarts, etc.)?
- Is de hulpvraag helder geworden?
- Welke diagnostische hypothesen zijn gegenereerd en getoetst?
- Hoe luidde de probleemformulering?
- Wat was de reactie hierop van de patiënt?
- Welke diagnostische dilemma's waren er?
- Welke therapeutische dilemma's waren er?

Met deze zeven vragen kunnen de belangrijkste medisch technische én communicatieve aspecten van huisarts-patiëntcontacten worden opgespoord en geanalyseerd.

## Conclusie

Concluderend wil ik stellen dat persoonlijke zorg en kwaliteitszorg goed met elkaar zijn te combineren, of eigenlijk gecombineerd moeten worden. De ontwikkeling van standaarden op medisch-tech-

nisch en communicatief gebied kan onverminderd doorgaan. Deze kan voor beide aspecten het beste gescheiden plaatsvinden, want het blijven onderwerpen met een verschillend karakter, die elk op hun eigen manier moeten worden benaderd.<sup>25</sup> Maar de individuele huisarts moet de kwaliteitseisen op beide gebieden steeds blijven integreren.

Praktisch betekent het dat, bijvoorbeeld bij de besprekking van casuïstiek in toetsgroepen, niet alleen gekeken moet worden naar de betreffende NHG-standaard. Bij een meer integrale benadering zou ook aandacht moeten worden besteed aan de horizontale standaard. In de dagelijkse praktijk zullen kwaliteitseisen op de onderscheiden gebieden soms conflicteren. De spanning van tegengestelde eisen is echter inherent aan het werk van de huisarts. De kunst is deze bipolariteit te accepteren als onontkoombaar gegeven, en mogelijk botsende eisen met elkaar te verzoenen. Van opoffering van persoonlijke zorg behoeft dan geen sprake te zijn.

## Literatuur

- 1 Delfgaauw B. *Beknopte geschiedenis der wijsbegeerte*. Vijfde druk. Baarn: Het Wereldvenster, 1965:10,11,141.
- 2 Simonis-Huskens M. *Syllabus supervisie*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1992.
- 3 Alting von Geusau W, Runia E. *De prijs van het aardig zijn*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1991:69-71.
- 4 Rutten GEHM, redactie. *Huisarts en patiënt. Uitgangspunt en richtlijnen*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 5 Rutten GEHM, Thomas S. *NHG-Standaarden voor de huisarts*. Utrecht: Bunge, 1993.
- 6 Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. *NHG-Standaarden voor de huisarts II*. Utrecht: Bunge, 1996.
- 7 Naar criteria voor kwaliteit. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- 8 Kwaliteit op koers. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- 9 Ter Braak EM, Smith RJA. *Continuïteit van zorg bij part-time werkende huisartsen*. *Huisarts Wet* 1993;36:47-9.
- 10 IJzermans CJ, Oskam SK. *Continuïteit in de zorg opnieuw gemeten*. *Huisarts Wet* 1993;36:50-3.
- 11 De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. *Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet)*. *Huisarts Wet* 1991;34:2-5.
- 12 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. *Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden*. *Huisarts Wet* 1995; 38:3-6.
- 13 Keij J. *Zekerheid over onzekerheid. Eigen verantwoordelijkheid bij beslissingen in de zorg*. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroem, 1998:91-2.
- 14 Burgers JS, Wiersma Tj, Meulenberg F. *De status van de NHG-standaarden: balanceren tussen wetenschap en verhaal*. *Huisarts Wet* 1998;41:381-4.
- 15 Van der Voort JPM. *Standaarden: naar te koele zakelijkheid?* *Huisarts Wet* 1989;32:547-8.
- 16 Wiersma Tj. *Methodisch werken en werken met standaarden. Gescheiden ontwikkeling of symbiose?* *Huisarts Wet* 1992;35:352-4.
- 17 De Groot B, Thomassen JP. *Consultanalyse. Communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverlening in de huisartspraktijk*. *Huisarts Wet* 1987;30:129-30.
- 18 Bensing JM. *Wie zegt dat dit een goed consult is?* *Huisarts Wet* 1991;34:21-9.
- 19 Pieters HM. *Utrechtse Consult Evaluatie Methode* [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.
- 20 Bloemen JCM, Tan LHC. *LACONT*. Landelijke Consultvoeringstoets Huisartsopleiding. Utrecht: SVUH, 1994.
- 21 Van Thiel J, Van Dalen J, Ram P. *MAAS-globaal criterialijst. Richtlijnen voor het scoren van communicatie vaardigheden en vakinhoudelijk handelen*. Maastricht, 1998.
- 22 Stewart M. *Studies about the patient-centred approach*. *Huisarts Wet* 1991;34:302-5.
- 23 Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. *The doctor-patient relationship and its effect upon outcome*. *J R Coll Gen Pract* 1979;29:77-82.
- 24 Bass MJ, Buck C, Turner L, et al. *The physician's actions and the outcome of illness in general practice*. *J Fam Pract* 1986;23:43-7.
- 25 Grundmeijer H. *Huisarts en patiënt: back to the seventies?* *Huisarts Wet* 1997;40:369-71.