

# Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd?

MF Cox, HWJ van Marwijk, C Boer

## Inleiding

De komst in 1982 van de Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) betekende een toename van de vraag om psycho-sociale hulp voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en een relatieve afname van de zorg voor psychosociale problemen door de huisarts. In 1987 maakten psychische diagnoses nog 9,6% en sociale diagnoses nog 2,1% uit van het totale aantal diagnoses bij de huisarts; in 2001 was dat nog maar 5,5% respectievelijk 1,1%.<sup>1-3</sup> Vanaf midden jaren negentig nam de kritiek op de werkwijze van de RIAGG's toe. Het ging dan met name om ondoorzichtige intakeprocedures en de keuze voor weinig effec-

## Samenvatting

Cox MF, Van Marwijk HWJ, Boer C. Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd? *Huisarts Wet* 2006;49(5):266-9.

Ontwikkelingen op het terrein van de ggz vragen om een modernisering van de sector. In dit artikel doen wij verslag van de uitvoering van 5 jaar stimuleringsbeleid in de periode 2000-2004 door het ministerie van VWS om psychische stoornissen waar mogelijk binnen de eerste lijn te behandelen. VWS vindt dat in de eerstelijns-ggz een centrale rol is weggelegd voor de huisarts, die daarin wordt bijgestaan door het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog.

De doelstelling van dit beleid is eind 2004 in het algemeen nog niet behaald. Wel hebben enkele lokale projecten geleid tot een substantiële verschuiving van het aanbod. Huisartsen ervaren wel duidelijk minder knelpunten in de zorg voor patiënten met psychische problemen. Wij pleiten voor voortzetting van beleid om tot de gewenste resultaten te komen en plaatsen enkele kanttekeningen bij de uitgangspunten van het stimuleringsbeleid. Volgens ons ambiëert de huisarts de centrale rol die VWS van hem verwacht eigenlijk niet. Wel heeft de huisarts met name een belangrijke taak bij de toegang tot de ggz. Discussie binnen de beroepsgroep van huisartsen is nodig om te bepalen wat de huisarts nu eigenlijk zelf met de ggz wil.

dr. M.F. Cox, huisarts, Neherkade 1708, 2521 RH Den Haag, destijds werkzaam als uitvoerder van de kaderopleiding ggz voor huisartsen bij afdeling Huisartsgeneeskunde van het VUmc te Amsterdam; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde; C. Boer, arts en destijds landelijk coördinator Diabolo-project te Dordrecht.

Correspondentie: mf.cox@tiscali.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

tieve, langdurige behandelingen. Er ontstonden in die periode ook nieuwe inzichten over behandeling zoals kort- in plaats van langdurende, en klacht- in plaats van persoonsgerichte.<sup>4</sup> NEMESIS, een grootschalig epidemiologisch onderzoek, stelde de grote omvang van ggz-problematiek in de bevolking nog eens vast en de overheid sprak de wens uit ggz-hulp in te zetten bij nieuwe probleemgebieden zoals arbeidsgelateerde psychische problematiek, mishandeling, eenzaamheid en dergelijke.<sup>5,6</sup> Onder leiding van het ministerie van VWS werd in de periode 2000-2004 de modernisering van de ggz ter hand genomen. In dit artikel kijken we terug op deze maatregelen die in gang werden gezet en wat die voor de ggz als geheel en speciaal voor de huisarts hebben opgeleverd.

## Een moderne ggz

VWS vindt dat een moderne ggz een grote hulpvraag aan moet kunnen. Die ggz kent een sterke, voor iedereen toegankelijke eerste lijn waarbinnen het merendeel van de aangeboden psychische problemen wordt behandeld. De eerste lijn biedt een integraal, laagdrempelig generalistisch zorgaanbod. De tweede lijn levert specialistische curatieve ggz-hulp bij ernstiger psychische stoornissen.<sup>6,7</sup> In de eerste lijn is een centrale rol weggelegd voor de huisarts die het probleem benoemt en ervoor kiest de patiënt zelf te behandelen of door te verwijzen naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW) of de eerstelijnspsycholoog (ELP) binnen de eerste lijn, of naar de tweedelijns-ggz. Daarnaast moet de huisarts zo nodig gebruik kunnen maken van consultatie. VWS zag de huisarts dus als de poortwachter zowel naar de eerste- als naar de tweedelijns-ggz en nam tussen 2000 en 2004 een samenhangend pakket van maatregelen om die doelstelling te bereiken.

De algemene maatregelen bestonden uit een stimuleringsregeling AMW gericht op een capaciteitstoename van 20%, uit deskundigheidsbevordering door middel van kwaliteitsprogramma's gericht op huisartsen, ELP en AMW en een regeling, gericht op het stimuleren van consultatie van de tweede door de eerste lijn. Het project Korte Lijnen bevorderde samenwerking binnen de eerstelijns-ggz en het Diabolo-project ondersteunde samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Ten slotte werden ter verbetering van de toegankelijkheid van de ELP maatregelen genomen om deze hulp in het ziekenfondspakket op te nemen.

De op de huisarts gerichte maatregelen bestonden uit subsidiëring met een bedrag van 7 miljoen euro van het project 'Kwaliteitsbeleid geestelijke gezondheidszorg door huisartsen' van de LHV en het NHG. Deze subsidie heeft geleid tot een groot aantal

activiteiten op ggz-terrein binnen de beroepsgroep.

Op landelijk niveau bestonden de activiteiten uit het uitvoeren van diverse enquêtes, inventarisaties en effectonderzoeken door de WOK (Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit UMC St. Radboud te Nijmegen) en het NIVEL.<sup>8,9</sup> Het NHG maakte of actualiseerde standaarden en richtlijnen voor het handelen, de praktijkvoering en de samenwerking. Het NHG stelde ook het plan op voor een kaderopleiding ggz. LHV en NHG samen herzagden de ggz-paragraaf in het nieuwe basistakenpakket voor de huisarts.<sup>10</sup>

Op districtsniveau vonden, conform de nota *Kwaliteit op koers*, de belangrijkste activiteiten plaats: het ontwerpen en uitvoeren van ggz-werkplannen die de zorg aan patiënten met psychische problemen direct ten goede kwamen.<sup>11</sup>

## De uitvoering van de maatregelen

### Algemene maatregelen

De capaciteit van het AMW is zoals gepland met 20% toegenomen. Het aantal ELP's steeg van 4,8 naar 6,2 per 100.000 inwoners, ondanks dat de ELP om politieke reden niet in het basispakket werd opgenomen. Huisartsen hebben geen capaciteitsuitbreiding nagestreefd. In 2002 waren er 123 consultatieprojecten waarin ook aan de toename van de deskundigheid van de eerste lijn werd gewerkt. Veel huisartsen maakten via de consultatieregeling gretig gebruik van de SPV'er. In de praktijk betekende dat zij vooral de patiëntenzorg overdroegen aan de SPV'ers in plaats van hun expertise te gebruiken om de patiënt zelf beter te kunnen behandelen.

In de samenwerking tussen hulpverleners onderling binnen de eerstelijns-ggz is in de onderzoeksperiode weinig veranderd. Op managementniveau werd wel vaker overlegd. De samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns ggz is duidelijk verbeterd.

De eerstelijns kan echter ondanks de toegenomen capaciteit de toegenomen hulpvraag nog steeds niet aan. De tijdelijkheid van de financiering en de ongelijke positie van de ELP's vormen een risico voor de bestending van de ingezette ontwikkeling.

De samenwerking wordt belemmerd door verschillen in organisatiegraad en cultuur tussen de eerstelijnskerndisciplines, verschillen in werkvorm (dienstverband of vrij ondernemerschap) en het ontbreken van regionale structuur en regio. Diabolo- en Korte Lijnen-projecten spelen in de coördinatie tussen de hulpverleners een positieve rol.<sup>9</sup>

### Maatregelen voor de huisarts

In de WOK-enquête werden taakopvatting, behoeften aan samenwerking, ondersteuning, scholing en werkbelasting van huisartsen ten aanzien van hun ggz-taak onderzocht. De enquête bestond uit een nulmeting in 2001 onder 2757 huisartsen. In 2003 volgde een nameting om het effect te bezien van de kwaliteitsbevorderende maatregelen op het handelen van de huisartsen inzake ggz.<sup>12,13</sup>

De uitkomsten van de eerste enquête zijn de basis geweest voor het opstellen van de ggz-paragraaf in het nieuwe basistakenpakket voor de huisarts en voor het totstandkomen van een groot aantal ggz-producten.

Op districtsniveau hebben de uitkomsten geleid tot ggz-activitei-

ten in de periode 2000-2004 zoals nascholing op maat, consultatie- en samenwerkingsprojecten en het opstellen van een sociale kaart.

Het NHG publiceerde zes nieuwe of herziene standaarden en vijf multidisciplinaire richtlijnen. Verder ontwikkelde het NHG DKB-pakketten over angststoornissen, depressie, dementie, mishandeling en seksueel misbruik, alcoholproblematiek en seksuologie. Het maakte diverse PIN's, een praktijkhandleiding ggz, patiëntenbrieven en cahiers over communicatie en attitude.<sup>14</sup>

De eerste kaderopleiding ggz vond plaats aan het VUmc te Amsterdam tussen 2002-2004. Deze opleiding schoolde deelnemers zowel inhoudelijke als taakgericht om het ggz kwaliteitsbeleid in een DHV of ggz-instelling uit te dragen. Dertien van de 17 deelnemers maakten de opleiding af. Bijna alle deelnemers droegen door middel van een DHV-stage in hun district bij aan de uitvoering van de districtswerkplannen ggz.<sup>15</sup>

### Maatregelen op districtsniveau

Het zwaartepunt van de kwaliteitsbevorderende maatregelen lag op districtsniveau. Bijna alle DHV's stelden werkplannen op.<sup>16</sup> De gegevens van 19 van de in totaal 23 districten werden onderzocht. In 17 districten zijn plannen gemaakt ter verbetering van de zorg aan patiënten met psychische problemen. Hierbij ging het om kwaliteitsbevorderende en randvoorwaardelijke activiteiten.

De kwaliteitsbevorderende activiteiten werden onderverdeeld in educatieve en organisatorische activiteiten. Van de educatieve plannen (n=55) is iets minder dan de helft uitgevoerd. Het overgrote deel daarvan was de gebruikelijke ggz-nascholing.

Een deel van de organisatorische activiteiten (n=45) had betrekking op directe zorgverlening. Twee derde werd ook uitgevoerd, voornamelijk consultatie van de tweede lijn en 'overige consultatie'. Een voorbeeld van een dergelijk project is beschreven in het *kader*. Het betreft het Huisartsenprogramma van Parnassia in de regio Den Haag, een consultatieproject van de lokale tweedelijns ggz-instelling. Er is geen enkele activiteit uitgevoerd die betrekking had op kortdurende behandeling in de huisartsenpraktijk of op consultatie eerste lijn.

Andere organisatorische activiteiten (n=35) waren gericht op de structuur van de zorg. Het ging hierbij om de sociale kaart, multidisciplinaire samenwerking en werkafspraken met de tweedelijns. Het merendeel is niet uitgevoerd of doorgezet.

In 17 districten werden 49 randvoorwaardelijke activiteiten gepland, waarvan er 37 zijn uitgevoerd. Het gaat om overleg met ggz-instellingen en provincie, werkconferenties en ontwikkeling van protocollen en richtlijnen.

Het WOK concludeerde over deze districtactiviteiten dat districten te weinig kennis en vaardigheden in huis hebben met betrekking tot implementatiestrategieën; ook ontbreekt het aan tijd, capaciteit en ondersteuning hebben. Het WOK bepleitte dan ook een implementatiedeskundige aan te stellen.

De knelpunten bij het ontwikkelen en implementeren van activiteiten waren gebrek aan tijd en capaciteit bij DHV en ggz-hulp-

### Het huisartsenprogramma van Parnassia (HAPP)

Sinds december 1999 is een aantal SPV'ers en ggz-psychologen van de Haagse tweedelijns-ggz-instelling Parnassia gestationeerd in huisartsenpraktijken in Den Haag. Afhankelijk van de vraag van de huisarts geven zij daar consultatie of doen kortdurende behandelingen – maximaal 5 gesprekken – bij patiënten met psychische problemen die de huisarts naar hen heeft verwezen. De doelstelling van het project is de zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt aan te bieden in een zo efficiënt mogelijke vorm zonder dat de werkbelasting van de huisarts toeneemt. Eind 2004 hadden 203 (86%) Haagse huisartsen een ggz-medewerker van Parnassia in de praktijk.

Het totaal aantal inschrijvingen bij deze ggz-medewerkers eind 2004 bedroeg 4893 patiënten. Van deze patiënten werden er 1076 (22%) alsnog doorverwezen naar het circuit 'volwassenen overig' van Parnassia voor een intensievere behandeling. Dat betekent dat het project uitstekend voldoet aan de uitgangspunten van een moderne ggz om het merendeel van de psychische problemen binnen de eerste lijn te behandelen. Tegenover een toename van 4159 inschrijvingen bij het HAP in de periode 2001-2004 stond een afname van slechts 549 inschrijvingen in het circuit 'volwassenen overig'. Het HAP leverde dus grotendeels extra en geen vervangende vraag naar psychische hulp.

Medio 2004 is het huisartsenproject een regulier onderdeel van Parnassia geworden. Daarmee is de continuïteit voor de huisartsen gewaarborgd.

verlener om activiteiten te ontwikkelen of uit te voeren en onvoldoende kennis en vaardigheden bij DHV/LHV en NHG, waardoor de ondersteuning onvoldoende van de grond kwam. Huisartsen bleken bovendien vaak geen behoefte te hebben aan de geplande activiteiten. Een bevorderende factor was het enthousiasme bij DHV-medewerkers.

### Wat hebben de maatregelen opgeleverd?

Eind 2004 was de doelstelling om psychische stoornissen waar mogelijk binnen de eerstelijns te behandelen (nog) niet behaald. Landelijk gezien is het aantal verwijzingen van huisartsen naar de twee andere eerstelijnskerndisciplines niet of nauwelijks toegenomen tussen 2000 en 2003. Ook is in deze periode weinig verandering gekomen in de verwijsstromen naar de tweedelijns-ggz. Omvang en aard van de behandeling door huisartsen, AMW en ELP zijn – landelijk gezien – niet wezenlijk gewijzigd. Op een aantal plaatsen echter hebben lokale consultatieve projecten waarbij SPV'ers vanuit de tweede lijn in de eerstelijns zijn gestationeerd wel geleid tot een substantiële vergroting van het eerstelijnsaanbod.

Een positief punt is dat huisartsen minder knelpunten in de zorg voor patiënten met psychische problemen en in de samenwerking met zowel de eerstelijns- als gespecialiseerde ggz ervaren.

### Beschouwing

#### Beperkingen

Bij de resultaten moeten we met de volgende beperkingen rekening houden. Het tijdsverschil tussen voor- en nameting was eigenlijk te kort. De uitvoering van de maatregelen kwam pas laat op gang; de nameting kwam op een moment dat allerlei initiatieven nog volop in ontplooiing waren. Wellicht dat een meting op een later tijdstip wel verschillen had laten zien. Uit een aanvulling op de rapportage 2004 van Diabolo blijkt dat 83% van de Diabolo-projecten na beëindiging van de projectfase is voortgezet en ook dat de volume-uitbreiding van SPV'ers en ggz-psychologen doorzet. Nu het stimuleringsbeleid ggz is afgelopen plaatsen we kanttekeningen bij enkele uitgangspunten die destijds door VWS zijn geformuleerd en bezien deze in het licht van de uitvoering van de maatregelen.

#### De centrale rol van de huisarts in de eerstelijns-ggz

Willen de huisartsen de centrale rol in de eerstelijns-ggz die VWS hen toebedeelt eigenlijk wel? Wij vinden dat de huisarts voor die rol onvoldoende is toegerust. Zoals uit de WOK-enquête bleek, heeft de huisarts al te veel taken en te weinig tijd om de tijdrovende behandeling van patiënten met psychische problemen zelf op zich te nemen. Ook de uitvoeringspraktijk van het kwaliteitsbeleid ggz ondersteunt onze opvatting. De consultatieregeling werd door huisartsen immers vooral gebruikt om patiënten door te verwijzen naar de SPV'ers in plaats van hen zelf beter te kunnen behandelen.

Wat wil de huisarts dan wel? Om in de toekomst een rol van betekenis te blijven spelen moet de huisarts keuzes maken. Wij zien voor de gemiddelde huisarts als eerste een signalerende en diagnostische taak weggelegd op ggz-terrein; huisartsen zelf zien dat ook veel eerder tot hun taak dan behandeling. De nieuwe functie- en taakomschrijving van de LHV voor de huisarts legt ook de nadruk op diagnostiek.<sup>10</sup> Dat sluit ook goed aan bij de poortwachtersrol die de huisarts in de gezondheidszorg heeft. Signalering, herkenning en diagnostiek zijn hier onderdelen van. In het geval van ggz-hulpverlening kunnen hier nog heretikettering van klachten – patiënten schrijven hun psychische klachten vaak ten onrechte toe aan een lichamelijke ziekte – en motivering voor verwijzing naar de ggz aan worden toegevoegd. Door deze taaktoespitsing zijn volgens ons de twee belangrijkste knelpunten opgelost die huisartsen ervaren, namelijk te veel taken en te weinig tijd.

De huisarts kan de behandeling binnen de eerste lijn overlaten aan een praktijkverpleegkundige met ggz-aantekening, een ELP of AMW'er. Overigens kan ook een in ggz geïnteresseerde huisarts met certificering daarvoor in aanmerking komen. Daarvoor biedt het nieuwe zorgstelsel mogelijkheden.

Daarnaast moeten huisartsen blijven investeren in samenwerking met ggz-partners in eerste en tweede lijn. De successen van lokale projecten berusten voor een belangrijk deel op die samenwerking. Hier nemen we de aanbevelingen over uit het NIVEL-rapport: creëer op lokaal en regionaal niveau herkenbare ondersteuningsstructuren voor de eerstelijns-ggz; financier ggz-netwerken

structureel en stimuleer gebruik van al ontwikkelde expertise en ondersteuning.<sup>9</sup>

### De poortwachtersrol van de huisarts in de ggz

De huisarts wil geen poortwachter zijn voor de eerste- en tweedelijns-ggz, zoals is gebleken uit de uitvoeringspraktijk en uit de WOK-enquête. In deze tijd van marktwerking en vraaggestuurde zorg moet de steeds beter geïnformeerde burger bij een ruim aanbod zelf de eerstelijns-ggz-hulpverlener kunnen kiezen die hij wenst. Toch zullen veel mensen met ggz-problemen zich als eerste tot de huisarts blijven wenden, al was het alleen al omdat veel voorkomende ggz-aandoeningen zoals stress, angst, paniek en depressie zich vaak uiten in lichamelijke klachten.

Aan de discussie over de precieze invulling van de rol van de huisarts in de ggz gaat de vraag vooraf wat de praktiserende huisartsen (en LHV en NHG) nu eigenlijk zelf willen met de ggz. Onze beroepsorganisaties hebben destijds in het kader van het Kwaliteitsbeleid ggz, zonder veel inspraak van de werkvloer overigens, aangegeven aan VWS dat zij samen met andere partners een rol in de ggz willen vervullen. Maar nu het op voortzetting op eigen kracht aankomt is het de vraag of huisartsen zich daarvoor willen inzetten. Als zij die vraag bevestigend beantwoorden, dan moet er flink worden geïnvesteerd in de ggz-competentie van de huisarts op met name diagnostisch gebied en in de benodigde samenwerkingsvaardigheden om die rol ook waar te kunnen maken.

### Literatuur

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis PG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht, Bilthoven: NIVEL, RIVM, 2004.

- 2 Verhaak PF, Van der Lisdonk EH, Bor JHJ, Hutschemaekers GJM. GPs' referral to mental health care during the past 25 years. *Br J Gen Pract* 2000;50:307-8.
- 3 Tiemens B, Ormel J, Simon G. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996;153:636-44.
- 4 Landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.
- 5 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland; het NEMESIS-onderzoek (2): prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2451-8.
- 6 Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1999.
- 7 Cure en Care in de Geestelijke Gezondheidszorg. Kamerstuk (GVM/2172530) Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2001.
- 8 Laurant M, redactie. *Evaluatie kwaliteitsbeleid GGZ huisartsenzorg*. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2005.
- 9 De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ'. *Integrale Eindrapportage*. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 10 Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening en Aanbod huisartsgeneeskundige zorg. Utrecht: LHV/NHG, 2004.
- 11 LHV en NHG. *Kwaliteit op koers*. Utrecht, 1999.
- 12 Visscher A, Laurant A, Schattenberg G, Grol G. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van de landelijke enquête. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2002.
- 13 Heideman JT, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. Veranderingen in de rol van de huisarts op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg. Een voor- en nameting. Nijmegen: Centre of Quality of care Research, 2004.
- 14 *Praktijkhandleiding GGZ. Een leidraad voor praktijkondersteuning*. Utrecht: NHG, 2004.
- 15 Cox MF, Van Marwijk HWJ, De Haan M. *Eindrapport kaderopleiding GGZ*. Amsterdam: VU medisch centrum, 2004.
- 16 Heideman JT, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. *Districtsactiviteiten met betrekking tot GGZ*. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2004.

## Intermezzo

# Pleidooi voor verstrooidheid

Willem Brakman was dokter en is schrijver van meer dan vijftig romans. Vanuit die 'dubbelfunctie' schrijft hij in het essay *Geest, ziekte, literatuur, arts* over het 'intrigerende verband van geest en ziekte'.<sup>1</sup> Geboren in 1922 kan hij de klassieke visie op ziekte en gekte vergelijken met de moderne, biologische inzichten. In de negentiende-eeuwse optiek isoleerde ziekte weliswaar het slachtoffer, maar het schonk hem ook inzichten en ervaringen. Aan deze 'metafysica van het lijden' kwam in de vorige eeuw een einde. Een schrale oogst, in de ogen van Brakman. Want in plaats van aan prachtige literaire kwalen lijden wij aan harde, technische en concrete ziekten als een tumor of schizofrenie. 'Zakelijke ziekten', zegt hij: 'Niet langer romantisch wegwijnen, maar gewoon ziek worden en doodgaan.'

Als *auteur* verzet hij zich tegen de vermeende overzichtelijkheid

van het begrip gezondheid die hij als *arts* moet koesteren. Nee, het 'gebruik van experiment, constructie, het inschakelen van toeval en elektronische mogelijkheden' zorgen hooguit voor een soort 'honk van de hoop'. De media spelen hierbij een perfide rol door ziekte te 'omspelen met de hysterie van de reclame en een hele familie tot een orgasme te brengen door het keurend proeven van een geheel nieuw blikje kippensoep.'

Zijn held – als schrijver en als dokter – blijft Tjechov: 'Altijd verstrooid, verkeerde recepten, steeds te laat of te vroeg.'

Frans Meulenberg

1 Brakman W. *Geest, ziekte, literatuur, arts*. In: Brakman W. *Vrij Uitzicht*. Amsterdam: Querido, 2001:262-79.