

'Just take her seriously'

Willibrord Weijmar Schultz

Rijksuniversiteit Groningen

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders.

Er was eens een Oosterse prins die getroffen werd door een ernstige melancholie met waanvoorstellingen over dood, bezetenheid en verdoemenis. In zijn vlagen van waanzin verbeelde de prins zich dat hij een koe was. Hij loeide de hele dag en kwelde zijn naasten door te schreeuwen: 'Dood me en maak een goede hutspot van mijn vlees'. Zijn toestand werd slechter en slechter omdat hij weigerde te eten. Geen enkele dokter in de stad kon hem helpen. Teneinde raad vroeg men de beroemde lijfarts van de Sultan zijn licht over het probleem te laten schijnen. Deze was bereid om te helpen ondanks zijn drukke bezigheden. Eerst zond hij de prins een boodschap waarin hij hem uitnodigde zich te verheugen "omdat de slachter op het punt stond hem te komen slachten". De prins was enorm opgelucht door dit bewijs dat hij althans door iemand begrepen werd. Kort daarop kwam de geneesheer in eigen persoon naar hem toe met een mes in de hand en vroeg: 'Bent U die koe die geslacht moet worden?'. De prins loeide om zijn aanwezigheid kenbaar te maken. De dokter gaf de prins opdracht op de vloer te gaan liggen. Vervolgens betastte hij het lichaam van de patiënt. Teleurgesteld riep de geneesheer: 'U bent veel te mager om te worden geslacht. U moet eerst vetgemest worden'. Dit begreep de prins en hij begon geweldig te schransen teneinde zich voor te bereiden op de hutspot. Maar, hierdoor herwon hij zijn kracht, eetlust en slaap en herstelde van zijn ziekte (naar Allen-Fay, 1980).

Dames en heren, de intuïtieve erkenning van de totaliteit van lichaam en geest is zo oud als de bescha-

ving zelf. Spirituele krachten als oorzaak voor ziekte met o.a. als therapie geestenbezwinging of schedelboring treft men aan in de vroegste culturen en reeds 400 jaar v.Chr. onderwees Socrates dat "zoals het niet past om de ogen zonder het hoofd of het hoofd zonder het lichaam te genezen, zo past het niet om het lichaam te genezen zonder de ziel". De splitsing in lichaam en geest en in het verlengde daarvan de splitsing in snijdende en beschouwende hulpverleners is pas later in de geschiedenis ontstaan, en is vooral onder invloed van het Cartesiaans denken steeds verder toegespitst. Als u na afloop van deze bijeenkomst meegaat naar de Martinikerk zult u op één van de gewelven van het schip van deze kerk de tweelingbroers Cosmas en Damianus afgebeeld zien, tot het Christendom bekeerde martelaren in de 3de eeuw na Christus. In de 15de eeuw waren zij de schutpatronen van artsen en apothekers. Cosmas is afgebeeld als chirurgijn, rijk gekleed met in zijn handen een zalfpot en een spatel. Hij vertegenwoordigt de heelkunde of uitwendige geneeskunst, die toentertijd vaak door barbiers werd gepraktiseerd. Damianus tuurt door een urinaal, in die tijd een belangrijk diagnostisch hulpmiddel, en is gekleed in toga met muts, als teken van zijn academische waardigheid. Hij symboliseert de geleerde, die inwendige ziekten bestudeert en behandelt (Huisman, 1990).

De 'holistische benadering'

In onze tijd, met de zich snel ontwikkelende specialismen en technologie, is de 'holistische benadering' van de patiënt pas goed in het gedrang gekomen. Gebrek aan kennis over de psychosomatiek en tijdsdruk maken dat de 'orgaanspecialist' soms al te gemakkelijk voor een puur somatische benadering kiest (Van Dulmen, 1999). Bovendien 'loont' het niet, al zou dat met ingang van 2005 voor gynaecologen geen argument meer mogen zijn. 'Psychosomatisch te Behandelen Klachten' en 'Seksuele Problematiek' maken deel uit van de DBC (Diagnose Behandel Combinatie) waarop gynaecologen sinds kort worden afgerekend. Er is dus nu een tarief voor. Nu de patiënt nog. Deze ziet doorgaans ook liever een lichamelijke oorzaak voor zijn of

Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar in de Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie aan de Rijksuniversiteit Groningen op dinsdag 25 januari 2005 door Dr. W.C.M. Weijmar Schultz. E: w.c.m.weijmar.schultz@og.umcg.nl

haar klachten, zodat de arts wederom niet gestimuleerd zal worden in een psychosomatische benadering (Van der Horst & Van der Feltz-Cornelis, 2003). Angst voor kanker vormt voor zowel dokter als patiënt eveneens een perfect alibi om voor de puur somatische benadering te kiezen en vervolgens uitgebreide diagnostiek te verrichten. Dokters immers worden getraind vooral niets te missen, dat wil zeggen op somatisch gebied. Hoe gemakkelijk veroordelen wij niet als een somatische diagnose gemist wordt door nalaten van bepaalde onderzoeken? Doen we dit ook als een psychische oorzaak voor een bepaalde klacht wordt gemist? Wie van u kent niet die dikke statussen van mensen wier bestaan mede is verarmd als gevolg van somatisch denken en vooral handelen?

De psychosomatische geneeskunde is voor alles een wijze van benadering: het is de manier waarop de dokter vanaf het eerste contact met zijn of haar patiënt meedenkt, -voelt en -ziet. Vooral in de Obstetrie en Gynaecologie, waarin organen centraal staan die niet alleen een biologische of somatische functie vervullen, maar ook een emotionele en sociale betekenis hebben, is de psychosomatische benaderingswijze de methode om tot de juiste diagnose te komen. Actief luisteren naar de patiënt, empathie tonen, de klacht au sérieux nemen en ruimte geven aan emoties, maken het mogelijk oorzaak en gevolg van de klacht op het spoor te komen, de patiënt als het ware 'te verstaan'. Patiënten verwerken informatie soms gebrekkig, doorzien niet dat hun klachten situationeel bepaald zijn of kunnen hun klacht moeilijk verbaliseren waardoor, net als onze prins uit het sprookje, het lichaam tot enig communicatiemiddel is geworden. De dokter die dit niet onderkent, loopt het risico door de patiënt ingekapseld te worden, verricht onnodige diagnostiek, opereert vaak vergeefs en helpt de patiënt verder van huis: 'versneden verdriet'.

De schrijver Marcel Proust heeft het over een hulpvraag die niet alleen zou moeten worden verstaan in de medisch-biologische sfeer, maar meer nog in de relationele sfeer: 'Wees mij nabij' (Holdrinet, 2003). Dus niet uitsluitend 'evidence based medicine'. De patiënt heeft immers een dubbele behoefte, enerzijds de behoefte om te weten en te begrijpen, en anderzijds de behoefte om zich gekend en begrepen te voelen (Engel, 1977).

Vele ogenschijnlijk niet oplosbare problemen in de gynaecologie zijn op betrekkelijk eenvoudige wijze oplosbaar, simpelweg door tijd uit te trekken om de patiënt te verstaan en door haar serieus te nemen: 'Just take her seriously'. Het probleem is, hoe toon je dit aan? En wat maakt van geneeskunde geneeskunst? Is dat meetbaar? Richard Horton, hoofdredacteur van

The Lancet, trok een vergelijking met chirurgen: chirurgisch handelen is afhankelijk van technische bekwaamheid, en die hangt weer af van zoiets ongrijpbaars als natuurlijke vaardigheden en instinct. Op dat subtiele niveau is ook chirurgie niet vatbaar voor wetenschappelijk onderzoek. Daar moeten we, aldus Horton, veel duidelijker over zijn. Laten we wat nederiger worden en erkennen dat de beste doeners en de beste denkers iets hebben wat je niet kunt omschrijven, zelfs niet in een artikel van vijf pagina's in The Lancet (Maassen, 2003). Misschien zou men het effect van een integrale benadering van de patiënt moeten omschrijven als een 'non-specifiek behandelingseffect'. Dat wil zeggen een effect dat zich afspeelt op meta-niveau, waarschijnlijk samen te vatten in termen van aandacht, erkenning, gevoel van controle en competentie bij de patiënt en betrokkenheid van de hulpverlener: Want hoe men het doet is in de geneeskunde vaak net zo belangrijk als wat men doet. Voorbeelden te over. Denk aan de behandeling van het vulvair vestibulitis syndroom (VVS), op dit moment de belangrijkste seksuele pijnstoornis bij vrouwen. Of dit probleem nu behandeld wordt met cognitieve gedragstherapie, EMG-biofeedback oefeningen, bekkenbodempysiotherapie of door middel van operatie, de therapieresultaten ontlopen elkaar nauwelijks (Basson et al., 2004). En neem de behandeling van postnatale depressie met behulp van progestativa. Hoewel de effectiviteit nooit wetenschappelijk is aangetoond kreeg deze behandeling in de jaren tachtig, vurig gepropageerd door Katharina Dalton, veel aandacht. Wie haar eens op het podium heeft zien staan begrijpt wat het werkelijke therapeutische effect van haar progestativa is geweest. In Nederland was het wijlen collega Loendersloot die zich hard maakte voor deze therapie bij vrouwen met PPD. Maar niet kritiekloos: 'just take her seriously' en dat deed hij ook met mevrouw Dalton. Na zelf 300 patiënten met PPD te hebben behandeld met progestativa luidde zijn conclusie: "De gunstige reactie op deze behandeling is vooral te danken aan de ondersteuning en de geruststelling van de tweede auteur, die verpleegkundige is en wier advies vooral aansloeg bij onze patiënten en hun partners omdat zij zelf ooit een post partum depressie heeft gehad" (Loendersloot & Hilverink, 1983). Een nurse practitioner en ervaringsdeskundige avant la lettre.

Zo ook is er het fenomeen van 'de niet-rationele behandelingswijze'. Ondanks dat een niet-operatieve benadering van VVS in een hoog percentage genezing biedt, kiest toch een op de vijf patiënten op voorhand voor een operatie (Weijmar Schultz et al., 1996). Dat is opmerkelijk want opereren doet men bij voorkeur pas als er geen alternatieven meer voorhanden zijn.

Globaal gezien zijn er twee verklaringen te noemen voor dit fenomeen die elkaar zeker niet uitsluiten. Op de eerste plaats ligt het voor de hand dat patiënten niet geheel objectief worden voorgelicht. Aangezien VVS primair door gynaecologen wordt behandeld en de gemiddelde gynaecoloog aanzienlijk meer affiniteit heeft met opereren dan met gedragstherapie, ligt een advies richting operatie voor de hand. Op de tweede plaats zou het kunnen zijn dat gedragstherapie als behandeloptie als aanzienlijk meer belastend wordt ervaren door patiënten dan wij in eerste instantie geneigd zijn te denken. Een operatie is zeker geen pretje, maar geeft sneller resultaat en is mogelijk nog altijd te prefereren boven iets 'tussen de oren'. Verwijzing richting psycholoog, RIAGG etc. wordt door veel patiënten als negatief ervaren (Jaspers, 2003). Kortom, vanuit het perspectief van rationele besluitvorming is er sprake van een compliance probleem: hoe behandelaar en patiënt te houden aan een zo rationeel mogelijk besluitvormingsproces? En dat heeft weer rechtstreeks te maken met de kwaliteit van het overleg tussen behandelaar en patiënt. Het is mijn stellige overtuiging dat de kwaliteit van overleg mede bepalend is voor het welslagen van de behandeling, ongeacht wat voor behandeling, waarbij gevoelens van controle en zelfbeschikking naast een rationele gang van zaken bepalend zijn. Voorlichting bij dit soort gesprekken wordt door de meeste hulpverleners vaak beperkt tot het geven van uitleg, aangevuld met adviezen. Helpen bij de besluitvorming, evenzeer een belangrijk onderdeel van het voorlichtingsproces en deel van de therapie en één van de kenmerken van het psychosomatisch handelen, wordt veelal ten onrechte achterwege gelaten. Een punt dat de komende jaren onze aandacht verdient zowel in onderwijs als in onderzoek.

Het was wijlen professor Janssens, een hoogleraar oude stempel, leermeester bij uitstek, ook de mijne (als jong staflid op congres in het buitenland was het "Zeg maar Jannes", maar dat gold voor hem tot aan de landsgrens), professor Janssens legde in Groningen de basis voor de Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie. Hij zag het belang in van de psychosomatiek, en creëerde een werkplek, in eerste instantie in de vorm van een KWF-project en in aansluiting daarop structureel. Dat KWF-project betrof een onderzoek naar het seksuele functioneren van patiënten met een gynaecologische kanker. Op dat project werden een gynaecoloog, ondergetekende, en een psycholoog aangesteld, collega-onderzoeker Harry van de Wiel, nu hoogleraar psychologie (Weijmar Schultz & van der Wiel, 1991). Beide onderzoekers bekwaamden zich in de Seksuologie en verrichtten naast hun promotie-onderzoek veel onderzoek op het gebied van de psy-

chosomatiek en seksuologie. Dit alles uiteraard tot groot genoegen van Professor Janssens die het duo omschreef als zijn 'Max und Moritz'.

Tussen de bedrijven door werd de polikliniek Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie en Seksuologie geopend, niet alleen als laatste adres voor 'versneden verdriet' en voor seksuele problematiek maar ook als verwijzingsadres voor patiënten met genderdysforie en als werkplaats voor onderzoek en onderwijs. Een 'biopsychosociale benadering' van patiënten leert men immers niet uit de boeken, maar in de praktijk. En daar zit nu een belangrijk probleem. Veel studenten onderkennen het belang van een biopsychosociale benadering maar vinden, zodra ze de praktijk ingaan en de kliniek binnenstappen, daar weinig van terug (McGarvey et al, 2003). Juist in deze fase van de opleiding is het van belang om studenten te leren om aandacht te blijven besteden aan andere aspecten dan louter en alleen de fysieke. "Geen tijd" mag geen excuus zijn. Een goede opleider maakt dit duidelijk in woorden maar vooral ook in daden: "practice what you preach". En ook voor de dokter zelf is hier winst te behalen: goed communiceren helpt burn-out voorkomen (Whippen & Canellos, 1991, Graham et al, 1996; Armstrong & Holland, 2004).

Erkenning seksuologie

Een belangrijk onderdeel van de psychosomatiek vormt de seksualiteit. Seksualiteit is niet zozeer primair een biologische behoefte, zonder seks kun je honderd worden, maar veel meer een sociale behoefte. Seksuele contacten zijn voor alles sociale contacten. En juist in tijden van nood, zoals bij ziekte of handicap, kan seksueel contact werken als troost, als bevestiging er ondanks alles nog bij te horen en ondanks alles nog beminneenswaardig te zijn. Ook helpt seks soms tegen pijn, is het een fysiek ontspanningsmiddel en kan het een manier zijn om verwarrende emoties te verwerken. Wil men volwaardig dokter zijn, en zeker als men een biopsychosociale benadering van de patiënt voorstaat, dan is om deze redenen kennis van de seksualiteit onontbeerlijk.

Overigens is het wonderlijk dat de financiering van hulp bij seksuele problemen in Nederland nog steeds niet goed geregeld is. Dat in een tijd waarin seksualiteit bovenaan in de toptien staat van onderwerpen waarover de Stichting Korrelatie wordt gebeld (De Volkskrant, 2 oktober 2004), in een tijd waarin de seksuologie als vak volwassen is geworden, en in een tijd waarin bijna 1 miljard euro per jaar (2,4 procent van het budget van de gezondheidszorg) opgaat aan alternatieve geneeswijzen (Renckens, 2004). Sterker zelfs, de hulpverlening bij seksuele problematiek in

Nederland is in de eerste lijn de laatste jaren vrijwel geruisloos de das omgedaan. De naam Rutgershuis, van oudsher in de eerste lijn hèt adres voor hulpverlening bij seksuele problemen, is er weliswaar nog maar de taken zijn sterk gereduceerd en gekoppeld aan abortusklinieken. En onveranderd is er een financiële drempel. Direct gevolg: patiënten met seksuele problemen worden nu naar de ziekenhuizen verwezen maar zouden vaak uitstekend en veel goedkoper te helpen zijn in de eerste lijn. En preventieve activiteiten worden niet meer gefinancierd. Direct gevolg: Nederland verliest zijn internationale koppositie op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid (Persbericht RNG, 13 oktober 2004).

Maar er is hoop. In 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' – het onderzoek naar vraag en aanbod op het terrein van de seksualiteitshulpverlening dat het NISSO in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland uitvoerde – wordt voorgesteld om in alle academische en niet-academische ziekenhuizen 'poliklinieken seksuologie nieuwe stijl' te vormen (Vroege et al, 2001). Dergelijke poliklinieken zouden moeten worden gekenmerkt door: 1. samenwerking door specialisten op het gebied van de somatische en geestelijke gezondheidszorg, 2. één gemeenschappelijke intake, en 3. een gerichtheid op seksuele problemen die samenhangen met lichamelijke aandoeningen en handicaps. Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en de Rutgers Nisso Groep (RNG) hebben van ZonMw subsidie ontvangen om in beide ziekenhuizen een dergelijke polikliniek tot stand te brengen. Daartoe werd een Zorgprogramma ontwikkeld. Om de afspraken die in het zorgprogramma zijn vastgelegd volledig te kunnen implementeren, zal wel aan een aantal voorwaarden moeten worden voldaan. Zo zal in de eerste plaats de formatie van de bestaande Poliklinieken Seksuologie op het UMCG en het MCL moeten worden uitgebreid. Daarnaast zal men op beide poliklinieken moeten kunnen beschikken over adequate huisvesting en logistieke ondersteuning. En tot slot is van belang dat, zowel in Groningen als in Leeuwarden, een laagdrempelige eerstelijnsvoorziening voor mensen met seksuele problematiek beschikbaar komt. Zonder de aanwezigheid van een laagdrempelige eerstelijnsvoorziening zal de druk om patiënten met seksuele disfuncties die níet samenhangen met lichamelijke ziekten en handicaps, in de ziekenhuizen in behandeling te nemen immers onverminderd groot blijven. Daarom vanaf deze plaats een oproep aan de zorgverzekeraars mensen met seksuele problemen eindelijk eens serieus te nemen en om de zorg hiervoor adequaat te financieren.

Een belangrijk aspect van de biopsychosociale con-

text vormt cultuur. Exponenten daarvan zijn de alternatieve geneeskunde en vrouwenbesnijdenis. Sommigen onder ons, zowel binnen als buiten de beroepsgroep, geven zich over aan een kruistocht tegen beide fenomenen met als direct gevolg een loopgravengevecht waar zeker niet de individuele patiënt bij gebaat is (Renckens, 2004; Hirsi Ali, 2004). De patiënt die een beroep doet op de alternatieve geneeskunde, doet dit vaak omdat zij een hulpvraag heeft die niet beantwoord wordt of kan worden. Hoezeer dit ook haaks staat op een wetenschappelijke grondhouding, een tolerante houding van hulpverleners ten opzichte van patiënten die hun heil zoeken in de alternatieve geneeskunde biedt de beste garantie dat patiënten in beeld blijven en dat kan rampen voorkomen. Hetzelfde geldt voor vrouwenbesnijdenis. In onze cultuur een niet acceptabel fenomeen. Andere culturen denken daar anders over. Wie zijn wij, die eeuwen nodig hadden om de aderlating te verbannen, die tot diep in de jaren tachtig van de 20ste eeuw vaginisme meenden te moeten behandelen met het mes, die anno 2005 nog steeds moeite hebben om de zorg voor seksualiteit in ons reguliere verzorgingspakket op te nemen, om daar nu met de zweep over te gaan? Geef allochtonen die hier wonen een aantal generaties de tijd en het probleem lost zich op. Sterker zelfs, ook in de betrokken landen is inmiddels sprake van verandering: het percentage vrouwen bijvoorbeeld dat in Kenia besneden wordt daalt, de attitude ten opzichte van deze praktijken in die regio verandert en meer en meer wordt gekozen voor minder ingrijpende vormen van besnijdenis. Laten wij als hulpverleners daaraan bijdragen, niet door ons een controlerende functie te laten opleggen, maar door informatie en kennis te verstrekken en, voor alles, door op een goede manier met deze vrouwen om te gaan, en zeker niet beschuldigend (Chalmers & Omer Hashi, 2000, 2003; The Facts, 2004).

Wat mag men van een nieuwe hoogleraar Psychosomatische Obstetrie & Gynaecologie verwachten? Ik denk dat u dat inmiddels na het voorafgaande betoog wel kunt raden: overeenkomstig het èn èn beleid dat geldt ten aanzien van een bio-psycho-sociale benadering van patiënten, geldt ook een èn èn beleid ten aanzien van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Activiteiten dus op alle fronten. Dat is de kracht van de Psychosomatiek in Groningen maar, zoals het zo vaak gaat, ook de zwakte van de psychosomatiek en überhaupt de zwakte van de academisch werkzame arts. Probeer maar eens tegelijkertijd èn een goed clinicus, èn een goed docent èn een goed wetenschapper te zijn! Doorgaans is men voor de patiëntenzorg opgeleid en de rest is meegenomen. En doorgaans wordt men in academische kringen op 'die rest' beoor-

deeld met het accent op wetenschap. De frustratie zit daarmee als het ware ingebouwd. Dat los je op individueel niveau op door te accepteren dat je òf een gemankeerde dokter, òf een gemankeerd docent òf een gemankeerd onderzoeker bent en in het ergste geval alle drie. Teamwork kan uitkomst bieden maar dat werkt alleen als er binnen dat team onvoorwaardelijk wederzijds respect is voor de verschillende taken en als een ieders kerntaken, dat zijn de taken waar hij of zij op kan worden afgerekend, op het moment van de aanstelling duidelijk worden vastgelegd. Maarten Koning vergelijkt in deel 6 van de serie *Het Bureau* een wetenschappelijke afdeling met een voetbalelftal. Ik citeer: " U [het bestuur] kunt ervoor zorgen dat het elftal blijft functioneren door de spelers niet te beoordelen op het aantal doelpunten dat ze maken, maar op de betekenis die ze voor het elftal hebben. Indien u uw taak zo opvat, maak ik mij over het resultaat geen zorgen" (Voskuil, 2000). Einde citaat. En dat resultaat, daar hoeven we ons echt geen zorgen over te maken: van alle wetenschappelijke productie in Nederland is eenderde afkomstig uit de academische ziekenhuizen (NFU Nota Onderzoek, 2004). Onderzoek uit de Nederlandse Academische ziekenhuizen worden 33% vaker door wetenschappers geciteerd dan gemiddeld het geval is. Maar ook in de ogen van de patiënten doen de acht academische ziekenhuizen het 'goed tot zeer goed' (Elsevier, 2004). Met andere woorden, ondanks de gesignaleerde frustraties: de aanvallers doen het goed en de verdediging staat als een huis.

Het onderwijs

Een anekdote: Twee vaders komen elkaar tegen. Zegt de een tegen de ander: 'Ik heb gehoord dat uw zoon studeert.' Waarop de ander antwoordt: 'Mijn zoon studeert niet, mijn zoon wordt dokter' (Heymans, 2000). Geneeskunde als beroepsopleiding of als wetenschap. Leiden we op tot Cosmas of Damianus, barbier of intellectueel, heelmeester of wetenschapper. Tot nu toe hebben we in het kader van de onderwijsvernieuwing, vooral geïnitieerd door mijn tweede leermeester, de hoogleraar Huisjes, in de basisopleiding beide gedaan. Deze trend wordt in het nieuwe opleidingscurriculum G2010 voortgezet. Ingegeven door de wens de basisopleiding beter te laten aansluiten op de vervolgopleiding en om de totale duur van het opleidingscontinuüm te verkorten is in curriculum G2010 gekozen voor een vroege differentiatie met drie uitstroomprofielen: een extramuraal sociaal geneeskundig profiel, een intramuraal curatief profiel met een snijdende en een beschouwende richting en opnieuw een extramuraal profiel, arbeid, maatschappij en gezondheid betreffende. Daarnaast zijn de plannen om al in het zesde en laatste jaar

te gaan differentiëren.

Die wens tot differentiatie is ook wel eens geopperd voor de opleiding tot gynaecoloog: een opleiding bekkenchirurgie, een opleiding voortplantingsgeneeskunde en een opleiding vrouwengezondheidszorg, en die laatste opleiding bij voorkeur in de eerste lijn en extramuraal (Heintz, 2001). Enerzijds Cosmas, de bekkenchirurg en de voortplantingsgeneeskundige, de 'doeners' dus, en anderzijds Damianus, de vrouwengezondheidszorger, de 'denker', alleen wordt Damianus buiten de deur gezet. Vanuit de psychosomatiek gaat deze differentiatie, of het nu algemeen artsen of specialisten betreft, niet op. Iedere dokter, ongeacht zijn specifieke deskundigheid, werkt met mensen en die verdienen altijd een integrale benadering.

De vakgroep Obstetrie & Gynaecologie heeft in de nieuwe facultaire curriculum opzet expliciet gekozen voor een duidelijk zichtbaar onderwijsaanbod in het derde studiejaar. De basisvakken zijn dan aan bod geweest en de tijd is rijp om studenten te laten groeien in hun doktersrol: problemen in de praktijk zullen dan ook centraal staan. Ons vak raakt bij uitstek alle levensfasen en daarom is, in samenwerking met de kinderarts Francjan van Spronsen, een levensloopcyclus ontwikkeld, waarbij aan de hand van een fictieve zeer heterogeen samengestelde familie achtereenvolgens allerlei aan die levensfasen gekoppelde onderwerpen aan bod komen. Dankzij de inbouw van bekwaamheden is er veel aandacht voor de vele verschillende aspecten van ons vak en zijn er in potentie vele mogelijkheden tot multidisciplinaire interactie. In probleemgestuurde opdrachten die gedurende dit onderwijs worden verstrekt zal bij voortduring een biopsychosociale benadering worden gevraagd en worden twee weken besteed aan het onderwerp sekse, seksualiteit en cultuur met speciale aandacht voor seksespecifieke aspecten, interculturele aspecten en allochtonenhulpverlening. Indachtig het streven naar lijnonderwijs komt seksualiteit behalve in het derde jaar ook in het eerste jaar aan de orde in de vorm van twee inleidende colleges met enquête waarmee de studenten een spiegel wordt voorgehouden over hun eigen seksuele functioneren als groep. In jaar vier komt in het skills lab de seksuele anamnese aan bod. Streven is om in jaar vijf of zes via een van de bekwaamheden sekse, seksualiteit en cultuur opnieuw aan bod te laten komen voor diegenen voor wie het waarschijnlijk is dat zij veel met dit soort problematiek te maken zullen krijgen in casu toekomstige huisartsen, revalidatieartsen, gynaecologen en urologen. Onderwijs op maat. Op dit moment niet alleen wenselijk maar ook noodzakelijk door de enorme aantallen studenten die op ons afkomen. Zo zal het DGO-onderwijs, waarbij studenten het gynaecologisch

onderzoek oefenen met vrouwen die door ons tot docent gynaecologisch onderzoek zijn opgeleid vooral moeten blijven maar wel met enige aanpassing. Hetzelfde geldt voor het bijwonen van bevallingen. Dat mag ondanks de grote aantallen in geen geval verdwijnen. De bevalling als 'life-event' is immers van onschatbare waarde voor de persoonlijke ontwikkeling van de student als arts. Bovendien heeft iedere arts met zwangeren te maken.

Ook het onderwijsmateriaal vraagt aanpassing aan de veranderde omstandigheden: denk aan het gebruik van de elektronische leeromgeving, blackboard, video-registratie van consulten en teleconferencing. Vanochtend op het symposium hebben sommigen onder u reeds kennis kunnen maken met een interactieve CD-rom 'digitale cursus communicatie over seks', let wel als hulpmiddel en niet ter vervanging van het seksuologie-onderwijs (Van de Wiel, 2005). Tevens werd een CD-rom gepresenteerd waarin het gynaecologisch onderzoek wordt onderwezen met vooral aandacht voor het interactieve en communicatieve aspect (Faber & Weijmar Schultz, 2005). En reeds beschikbaar is een CD-rom: 'Als je het niet kent, zie je het niet: anatomie van de normale genitalia externa van de vrouw' (Faber et al, 2003). Uit onderzoek weten we dat medische studenten moeite hebben normale genitalia externa van de vrouw te onderscheiden van abnormale (Scherpbier et al, 1997). Kijken is immers een kunst. Een Engelse onderzoeker vond dat studenten die een cursus 'kijken naar kunst' hadden gevolgd beter observeerden in de kliniek dan studenten die een dergelijke cursus niet hadden gevolgd (Dolev et al., 2001). Dus òp naar het Groninger museum. Onderwijs dat beklijft! Goed kunnen kijken gaat overigens niet alleen de dokter aan. Anno 2004 hoort mijns inziens zeker bij een eerste gynaecologisch onderzoek de patiënt tenminste gevraagd te worden of ze bij het onderzoek wenst mee te kijken. De investering is een simpele handspiegel, het resultaat in de meeste gevallen stressreducerende informatie en een optimaal geïnformeerde en gemotiveerde patiënte.

Voor wat betreft het onderwijs in de psychosomatiek en de seksuologie aan de gynaecologen in opleiding: hiertoe heeft de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie & Gynaecologie (WPOG) voor de opleidingscommissie van de NVOG opleidingseisen geformuleerd, leerdoelen opgesteld en de middelen aangeboden in de vorm van een landelijke cursus seksuologie en psychosomatiek in het 1ste en in het 4de/5de jaar opleidingsjaar. Voor dit onderwijs is specifieke expertise vereist die in eigen kring nog onvoldoende aanwezig is. De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie telt 17 gynaecologen onder haar leden waarvan er 5 gere-

gistreed zijn als seksuoloog NVVS. Binnenkort komen er twee bij. Voor wat betreft de psychosomatische expertise: de WPOG telt 170 leden. 100 van hen zijn gynaecoloog, dat is 13% van de werkzame gynaecologen, en kennelijk geïnteresseerd. Door middel van een rondschrijven gelukte het aan de hand van een aantal vooraf samengestelde criteria 15 gynaecologen te identificeren die voor hun omgeving bekend stonden als specialisten met het aandachtsgebied Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie (Blokzijl, 2004). Beperkte aantallen wat noopt tot bundeling van krachten, en, zeker voor wat betreft de Seksuologie, discipline overstijgend. Een eerste aanzet hiertoe werd gemaakt: in april dit jaar start, in de Martinikerk, een interactieve Groninger Cursus Medische Seksuologie voor medisch specialisten, ongeacht welke discipline. Daarnaast loopt in Groningen een experiment waarin huisartsen in opleiding consultvoering en gynaecologisch onderzoek in de polikliniek setting trainen met Docenten Gynaecologisch Onderzoek. Het bijzondere daaraan is dat de DGO-vrouwen in dit experiment niet alleen optreden als docenten gynaecologisch onderzoek maar tegelijkertijd een gynaecologische klacht simuleren (Boendermaker & Faber, 2004). Ervaringen hiermee tot dusver zijn buitengewoon stimulerend. Die ervaringen zijn aanleiding ook gynaecologen in opleiding dit onderwijs aan te gaan bieden.

Een punt van speciale aandacht in ons onderwijs betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag. Circa 4% van de mannelijke gynaecologen en KNO-artsen en 1% van de vrouwelijke gynaecologen is dit eens in hun leven overkomen, zo bleek in 1992 uit Groninger onderzoek (Wilbers et al, 1992). Recent werden zelfde percentages aangetroffen bij huisartsen (Leusink & Mokkink, 2004). Hoewel het percentage grensoverschrijders onder gynaecologen niet anders was als onder KNO-artsen, waren de gynaecologen zich wel veel meer dan de KNO-artsen bewust van het schadelijke effect van dit gedrag voor hun slachtoffers. Overigens vindt men diezelfde 4% terug bij onderzoek onder priesters, tandartsen, juristen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen. Kennelijk heeft seksueel grensoverschrijdend gedrag meer te maken met machtsverschil dan met het type hulpverlening of met de aard van het specialisme.

Minister Hoogervorst zei desgevraagd in de Volkskrant van 19 april 2004 die 4% een erg hoog getal te vinden en in hetzelfde artikel pleit de KNMG bij monde van woordvoester Saskia Danse voor 'zero tolerance' (De Volkskrant, 19 april 2004). Vraag is of daarmee de kous af is. Ervaring leert dat seksueel overschrijdend gedrag niet uit te bannen is ondanks alle sancties die er op staan. Vaak moet ik in dit verband denken

aan de woorden van mijn tweede promotor, wijlen prof. Boeke: "Een mens is nooit intelligenter als zijn emoties hem toestaan". Vanuit het oogpunt van onderwijs ontleent een zerotolerantiebeleid studenten de mogelijkheid een adequate attitude te ontwikkelen ten aanzien van hun seksuele gevoelens in het contact met hun patiënten. Van de hulpverlener wordt toenadering met behoud van distantie gevraagd en dat is nu eenmaal per definitie een spanningsveld. Door in onderwijs- en later in praktijksituaties deze gevoelens en emoties als normaal te beschouwen, kunnen ze herkenbaar, bespreekbaar en tegelijkertijd hanteerbaar worden. Het ervaren van seksuele gevoelens en emoties in het dokterpatiënt contact is normaal. Grensoverschrijdend gedrag is een beroepsrisico, net zoals bijvoorbeeld het risico om een infectieziekte op te lopen of een patiënt letsel toe te brengen. Daarbij past weliswaar 'zero tolerance', maar nog beter is het om in de opleidingen meer aandacht te besteden aan de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Onderzoek

Het samengaan van biologische, sociale, psychologische en culturele factoren vraagt bij wetenschappelijk onderzoek om multidisciplinaire samenwerking. En dat is meer dan alleen maar multidisciplinair onderzoek. Bij multidisciplinair onderzoek zonder samenwerking gaat eenieder, vanuit zijn eigen beperkte wetenschappelijke hoek, de situatie onderzoeken. Vraag bijvoorbeeld zes blinden ieder aan de hand van één lichaamskenmerk te vertellen hoe een olifant er uit ziet (John Godfrey Saxe, 1816-1887). Het antwoord laat zich raden. Men ziet dit fenomeen nogal eens op psychosomatische en seksuologische congressen. Vaak ook ontbreekt bij onderzoekers een duidelijke visie op seksualiteit en wordt bijvoorbeeld seksuele tevredenheid afgemeten aan betekenisloze zaken omdat die toevallig door die onderzoeker zo mooi te meten zijn.

Multidisciplinaire samenwerking heeft tot gevolg een gebrek aan fondsen. Men hoort immers nergens echt bij. Maar gelukkig is er mondiaal, dus ook in Groningen, een harde kern van onderzoekers die op hoog niveau de problemen te lijf gaan. Daarbij denk ik mede aan het seksuologische onderzoek van de collega's Holstege en Knegtering (Holstege & Georgiades, 2003; Knegtering et al, 2004). En dat snijdt hout. Waren er voorheen nog speciale podia nodig om psychosomatisch getinte en seksuologische artikelen gepubliceerd te krijgen, waaronder ons eigen *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, anno 2004 worden deze artikelen in toenemende mate ook geaccepteerd door de klassieke medische tijdschriften. Dat zegt iets over een mentaliteitsverandering en mogelijk ook

iets over de kwaliteit van het gepresenteerde onderzoek.

De meesten van u kennen Masters en Johnson, hij gynaecoloog, zij psycholoog. In 1966 verscheen hun beroemde boek *Human Sexual Response* waarin aan de hand van taboedoorbrekende laboratoriumexperimenten werd vastgelegd wat er bij man en vrouw tijdens seksuele opwinding gebeurt (Masters & Johnson, 1966). Zij presenteerden een model van de seksuele respons waarin verlangen voorafgaat aan seks. Dit model wordt tot op de dag van vandaag nog gebruikt, zij het met enige aanpassingen. In de jaren na Masters en Johnson spitste het onderzoek bij de vrouwen zich vooral toe op de anticonceptie, bij de mannen op de seks. Over seksespecificiteit gesproken! We weten daarvoor, zeker op het gebied van de innervatie, vascularisatie en neurotransmitters, veel beter hoe het er bij de man aan toe gaat dan bij de vrouw. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat er voor mannen veel meer therapeutische mogelijkheden zijn bij seksuele problemen dan voor vrouwen, met als hoogtepunt de introductie van Viagra en aanverwante preparaten. Maar er is het afgelopen decennium een kentering opgetreden. Vooral dankzij psychofysiologisch onderzoek bij vrouwen, in Groningen door Jan Wouda, bestaat inmiddels een redelijke consensus over enkele tot dan toe nog niet bekende fenomenen van het vrouwelijk seksuele functioneren: bijvoorbeeld dat voor vrouwen de context van de stimulus van groot belang is; dat de aanname dat 'zin in seks' een belangrijk uitgangspunt is voor seksuele activiteit bij vrouwen niet langer houdbaar is; dat vrouwen 'zin in seks' meestal pas ervaren nadat zij in aanraking zijn geweest met seksuele opwindende stimuli en dat er bij hen een gering verband bestaat tussen genitale en subjectieve opwinding. En, last but not least, er ontbreekt enig bewijs voor de al eeuwenlang bestaande aanname dat onwillekeurige spasmen van de vaginamusculatuur aan de basis liggen van vaginisme (Basson et al., 2004). Als gevolg van al deze nieuwe kennis is het model van Masters en Johnson voor de seksuele respons aan verandering toe en dient veel meer dan voorheen de nadruk te worden gelegd op co-morbiditeit. Recentelijk is ook een voorstel gedaan om de classificatie van vrouwelijke seksuele disfuncties beter af te stemmen op de klinische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek (Basson et al, 2003). Ik denk dat binnen afzienbare tijd hetzelfde staat te gebeuren voor mannelijke seksuele disfuncties.

Voor de definitie van vaginisme betekent dit dat de term spasme is verdwenen en dat veel meer een rol wordt toegekend aan 'fobische' vermijding van en angst voor pijn. In Groningen gaan we de komende jaren in

multidisciplinair samenwerkingsverband op dit spoor verder. Enerzijds proberen we door psychologisch onderzoek meer inzicht te krijgen in de angst die vrouwen met vaginisme parten speelt: onze hypothese is dat misschien veel meer sprake van walging, een emotie die zich net als angst kenmerkt door een neiging tot vermijding (de Jong et al., 2005). Anderzijds gaan we met beeldvormende technieken onderzoeken wat er bij deze vrouwen gebeurt in de grote en kleine hersenen tijdens confrontatie met vaginale penetratie en waarin datgene wat we zien verschilt van vrouwen met dyspareunie en dat van gezonde vrouwen. Daarnaast richten wij ons onderzoek op posttraumatische stressstoornis en depressie na gecompliceerde zwangerschappen (Van Pampus et al., 2005) en op het belang van mannelijke hormonen, de androgenen, voor het seksuele functioneren van vrouwen. U herinnert zich ongetwijfeld de in de media gevoerde heftige discussies tussen specialisten, epidemiologen, statistici en huisartsen over de risico's van hormonale substitutie therapie met niet zelden als treurig resultaat huilende patiënten aan de telefoon, die van hun huisarts of apotheker een standaardbrief hadden ontvangen 'om onmiddellijk met de hormonen te stoppen'. Dat zij daarmee sommige patiënten, na jaren van ellende, de herregen kwaliteit van leven dreigden te ontnemen, werd simpelweg genegeerd. De context telde gewoon niet. Dat gevaar dreigt nu ook weer bij het toepassen van androgenen aan vrouwen met een verminderd seksueel verlangen. In Amerika gebeurt dit al ongebreideld in de vorm van voedingssupplementen. Maar de androgeenhuishouding bij vrouwen is complex: we weten nog niet eens of en waar de kritieke "androgeen drempel" ligt en wanneer we kunnen spreken van een tekort. Ook weten we dat seksueel verlangen geen maat is voor seksuele tevredenheid. Dit hangt bijvoorbeeld mede samen met leeftijd en relatie. En er is tot op heden weinig gepubliceerd over de lange termijn effecten van androgeensubstitutie en ook de veiligheid van deze behandeling is nog niet aangetoond (Apperloo et al, 2003). Kortom, vragen te over die om goed wetenschappelijk onderzoek vragen en een voortdurende inzet van zowel doeners als denkers, aanvallers als verdedigers, zowel hulpverleners als onderwijzers, onderzochten als onderzoekers. Gelijk Cosmas en Damianus, ieder met zijn eigen attributen, maar beoefenaars van dezelfde professie.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Apperloo, M.J.S., Van der Stege, J.G., Hoek, A., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2003). In the mood for sex: The value of androgens. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 87-102.
- Armstrong, J., & Holland, J. (2004). Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology*, 18, 363-368.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2003). Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 221-229.
- Basson, R., Weijmar Schultz, W.C.M., Binik, Y.M., Brotto, L., Eschenbach, D.A., Laan E., Utian, W.H., Wesselmann, U., van Lankveld, J., Wyatt, G., & Wyatt, L. (2004). Women' sexual desire and arousal disorders and sexual pain. In T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen, F. Guiliano, S. Khoury, F. Montorsi (Eds.), *Sexual medicine. Sexual functions in men and women. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions*. (pp. 851-974). Paris: Health Publications.
- Blokzijl, E. (2004). Persoonlijke mededeling.
- Boendermaker, P.M., & Faber, V. (2004). Persoonlijke mededeling.
- Chalmers, B., & Omer Hashi, K. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*, 27, 227-234.
- Chalmers, B. & Omer Hashi, K. (2003). Female genital mutilation and obstetric care. Victoria (BC), Canada: Trafford Publishing.
- De Jong, P.J., van Overveld, M., Peters, M.L., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2005). *Vaginismus and dyspareunia: The role of disgust and disgust sensitivity*. In voorbereiding.
- Dolev, J.C., Friedlaender, L.K., & Braverman, I.M. (2001). Use of fine art to enhance visual diagnostic skills. *JAMA*, 286, 1020-1021.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129.
- Faber V., Gerards, M.H., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2003). *Als je het niet kent, zie je het niet: anatomie van de normale genitalia externa van de vrouw*. CD-Rom.
- Faber, V., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2005). *Het gynaecologisch onderzoek*. CD-Rom.
- Graham, J., Ramirez, A.J., Cull, A., Finlay, I., Hoy, A., & Richards, M.A. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 10, 185-194.
- Hirsi Ali, A. (2004). Tweede Kamer.
- Holdrinet, R.S.G. (2003). Het zoeken van Proust en de relevantie voor de geneeskunde. In F. Meulenberg, J. van der Meer & A.K. Oderwald (Red). *Ziektebeelden, essays over literatuur en geneeskunde* (pp. 247-262). Utrecht: Lemma.

- Horst, H.E. van der, & Feltz-Cornelis, Ch. van der (2003). Patiënten tussen de eerste en tweede lijn. In Ch. van der Feltz-Cornelis & H.E. van der Horst (Red.), *Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn* (pp. 101-113). Utrecht: De Tijdstroom.
- Heymans, J. (2000). *Lam naast leeuw. Over J.J. Voskuil* (pp. 191-192). Baarn, De Prom.
- Heintz, A.P.M. (2001). De taken herschikken, van gynaecoloog naar bekkenchirurg. *Medisch Contact*, 56, 1316-1319.
- Holstege, G., & Georgiades, J.R. (2003). Neurobiology of cat and human sexual behavior. *International Review of Neurobiology*, 56, 213-25.
- 'Hoogervorst wil huisartsen aanspreken op seksuele moraal'. De Volkskrant op maandag 19 april 2004.
- Huisman, F. (1990). *Cosmas en Damianus in de Groninger Martinikerk. Een uiting van ontluikend medisch standsbef?* In Groningse Volksalmanak 1990: 35-67.
- Jaspers, J.P.C. (2003). De patiënt met chronische pijn. In Ch. van der Feltz-Cornelis & H.E. van der Horst (Red.), *Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn* (pp. 131-141). Utrecht: De Tijdstroom.
- Saxe, J.G. (1816-1887): The blind men and the elephant. In J.G. Saxe, *The blind men and the elephant; John Godfrey Saxe's version of the famous Indian legend (1963). Pictures by Paul Galdone*. New York: Whittlesey House.
- Knegtering, R., Castelein, S., Bous, H., van der Linde, J., Bruggeman, R., Kluitert, H., & van den Bosch, R.J. (2004). A randomized open-label study of the impact of quetiapine versus risperidone on sexual functioning. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 56-61.
- Leusink, P.M., & Mokkink, H.G.A. (2004). Seksueel contact tussen huisartsen en patiënt: Prevalentie en risicofactoren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 778-782.
- Loendersloot, E.W., & Hilverink, E. (1983). Management of post-partum depression (PPD) in a special PPD clinic. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2, 53-56.
- Maassen, H. (2003). Een nieuw kompas. Richart Horton: 'In het hart van de geneeskunde zit een leugen'. *Medisch Contact*, 58, 1850-1853.
- Masters, W.J., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- McGarvey, E., Peterson, C., Pinkerton, R., Keller, A., & Clayton, A. (2003). Medical students' perceptions of sexual health issues prior to curriculum enhancement. *International Journal of Impotence Research*, 15, 58-66.
- Naar: Allen-Fay, (1980). *Hoe erger hoe beter, de paradox in de therapie*. Haarlem, De Toorts.
- NFU Nota Onderzoek (2004). Zie http://www.nfu.nl/files/NFU_NotaOnderzoek.pdf
- Nieuwsredactie Elsevier Gezondheidszorg (2004). *Persbericht Rutgers Nisso Groep*, 13 oktober 2004.
- Renckens, C. (2004). *Dwaalwegen in de geneeskunde, over alternatieve geneeswijzen, modeziekten en kwakzalverij* [Proefschrift]. Amsterdam: Bert Bakker.
- Scherpbier, A.J.J.A., Faber, V., & IJspeert-Gerards, M.H. (1997). The preclinical eye. *Medical Teacher*, 1, 29-31.
- The Facts (2004). Zie <http://www.path.org/files/FGM-TheFacts.htm>
- van Dulmen, A.M. (1999). Communication during gynaecological out-patient encounters. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29, 119-126.
- van Pampus, M.G., Wolf, H., Weijmar Schultz, W.C.M., Neeleman, J., & Aarnoudse, J.G. (2005). Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 183-187.
- Voskuil, J.J. (2000). *Afgang. Het Bureau 6*. Amsterdam: van Oorschot.
- Vroege, J., Nicolai, L., & van de Wiel, H.B.M. (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon.
- Van de Wiel, H.B.M. (2005). *Een communicatieve benadering van seksuele disfuncties op CD-Rom*. In voorbereiding.
- Weijmar Schultz, W.C.M., Gianotten, W.L., van der Meijden, W.I., van de Wiel, H.B.M., Blindeman, L., Chadha, S., & Drogendijk, A.C. (1996). Behavioural approach with or without surgical intervention to vulvar vestibulitis syndrome; A prospective randomized and non-randomized study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17, 143-148.
- Weijmar Schultz, W.C.M., & van de Wiel, H.B.M. (1991). *Sexual functioning after gynaecological cancer treatment* [proefschrift] Rijksuniversiteit Groningen.
- Whippen, D.A., & Canellos, G.P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1916-1920.
- Wilbers, D., Veenstra, G., Van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (1992). Sexual contact in the doctor-patient relationship in the Netherlands. *British Medical Journal*, 304, 1531-1534.
- ZorgTop10. *De populairste thema's bij Stichting Korrelatie*. De Volkskrant, 2 oktober 2004.