

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

De methoden van de huisartsgeneeskunde*

DOOR A. E. N. DE VRIES, HUISARTS TE LOON OP ZAND

Een bespreking van de methoden van de huisartsgeneeskunde zal moeten worden voorafgegaan door een beschouwing over huisartsgeneeskunde; wij moeten ons zo helder mogelijk voor ogen stellen wat wij verstaan onder huisartsgeneeskunde en wie wij bedoelen met huisarts. Zulk een beschouwing is niet alleen voorwaarde voor een juiste benadering van het methodevraagstuk, maar bovendien belangrijk omdat in deze tijd enerzijds de stemmen hoorbaar zijn van hen die de huisarts willen laten uitsterven, terwijl anderzijds in toenemende mate een besef groeiende is hem juist een hechtere fundering te geven in die sector van de gezondheidszorg, welke kan worden aangeduid met de Engelse term „home-centered-medicine”; te vertalen als de op-het-thuis-gerichte geneeskunde, gezinsgeneeskunde, huisgeneeskunde, huisartsgeneeskunde.

De situatie-schets. Hiermede wordt bedoeld een overzicht van het geheel waarbinnen de huisartsgeneeskunde is gesitueerd. Men kan dit geheel verdelen in de „hospital-centered-medicine” (de ziekenhuisgeneeskunde, de ziekenhuisartsgeneeskunde), de „home-centered-medicine” (de huisartsgeneeskunde) en de „community-centered-medicine” (de op-de-samenleving-gerichte geneeskunde). De huisartsgeneeskunde neemt in dit geheel een middenpositie in: zij wordt geflankeerd door de hospital-centered-geneeskunde en door de community-centered-geneeskunde. De op-de-samenleving-gerichte geneeskunde en de daarin voorkomende speciële deskundigheden zullen in hetgeen volgt buiten beschouwing worden gelaten.

In de ziekenhuizen ligt het accent op de gespe-

cialiseerde geneeskunde, uitgeoefend door de specialist, die door de *World Health Organization* (W.H.O.) wordt gedefinieerd als de arts die zich in zijn praktijkuitoefening geheel of gedeeltelijk tot bepaalde ziekte-eenheden beperkt en die bereikbaar is voor zijn patiënten ofwel direct ofwel door verwijzing. Buiten het ziekenhuis: in huis (domicile), in het gezin (family), thuis (home) ligt het accent op de algemene geneeskunde, uitgeoefend door de algemene arts (general practitioner), die door de W.H.O. wordt gedefinieerd als de arts, die zich in zijn praktijkuitoefening niet beperkt tot bepaalde ziekte-eenheden, die direct voor zijn patiënten bereikbaar is en die aan zijn patiënten een continue zorg verleent. Hoe hoger het sociaal-maatschappelijke ontwikkelingspeil van een bevolking is, hoe meer activiteiten van de algemene geneeskunde overgaan naar de gespecialiseerde geneeskunde in de ziekenhuizen. De buiten het ziekenhuis werkende arts gaat zich dan meer richten op de patiënt in zijn primaire milieu, het gezin. De algemene geneeskunde gaat zich nu ontwikkelen tot gezinsgeneeskunde (family-medicine), uitgeoefend door de gezinsarts (family-physician), die door de W.H.O. wordt gedefinieerd als de arts, die zich in zijn praktijkuitoefening speciaal richt op de directe en continue medische verzorging binnen het gezin.

De W.H.O. onderscheidt in de verschillende landen en bevolkingsgroepen verschillende typen gezinsarts:

De „general practitioners” en specialisten (bij voorkeur internisten, kinderartsen en vrouwenartsen), die ofwel individueel ofwel in groepen als gezinsarts werkzaam zijn. In Joegoslavië — (1965) huisarts en wetenschap 8, 332 — waar de gezinsarts een belangrijke plaats inneemt, zien we dat deze op het platteland een algemene arts is

* Voordracht gehouden ter gelegenheid van het Symposium Huisartsgeneeskunde te Tilburg op 13 november 1965.

met een opleiding tot „master in general practice”, terwijl hij in de grote steden een specialist is, die meestal in een groep werkt.

De gezinsarts, die een bepaald deel van de bevolking verzorgt en in het geheel van de gezondheidszorg een centrale positie inneemt (Engeland, Denemarken, Nederland): hij is de Engelse „family-docter” en hij is onze huisarts. In hetgeen volgt zal met huisarts deze laatst aangeduide vorm van gezinsarts worden bedoeld en met huisartsgeneeskunde de door hem uitgeoefende geneeskunde („family-medicine”).

Deze situatieschets is onvolledig zonder vermelding van de verschillende soorten van gezondheidszorg (tabel 1) opdat wij ons bij het gebruik van bepaalde termen steeds bewust mogen zijn van de begrippen welke daarachter schuil gaan (Doeleman). Wanneer wij ons oog richten op al die activiteiten welke betrekking hebben op het behoud en herstel van de gezondheid, dan onderscheiden wij:

curatieve gezondheidszorg (gericht op de genezing van de zieke); deze wordt bij uitstek aangetroffen in de algemene en in de gespecialiseerde geneeskunde;

preventieve gezondheidszorg (gericht op het voorkómen van ziekten) en positieve gezondheidszorg (gericht op het bevorderen van de gezondheid); dit zijn vooral activiteiten van de meer-op-de-samenleving-gerichte geneeskunde.

Wanneer wij echter letten op de maatschappelijke structuur waarbinnen de gezondheidszorg wordt gegeven, dan onderscheiden wij:

persoonlijke gezondheidszorg, welke wordt gegeven in het kader van de eigen praxis van een „natuurlijk persoon”;

maatschappelijke gezondheidszorg, welke wordt uitgevoerd in het kader van een maatschappelijk orgaan met rechtspersoonlijkheid.

Richten wij ons oog speciaal op de patiënt-arts-verhoudingen, dan spreken wij over:

individuele gezondheidszorg, wanneer wij een exclusieve patiënt-arts-relatie aantreffen;
groepsgezondheidszorg, wanneer deze exclusieve relatie niet kan worden verwezenlijkt.

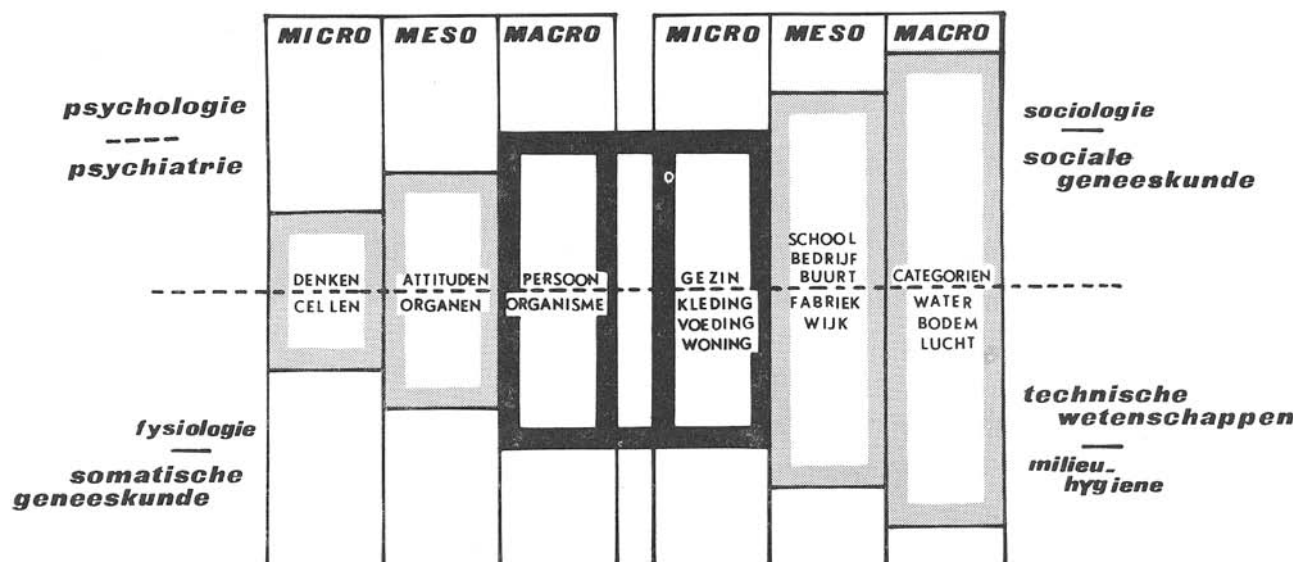
Deze droge opsomming maakt duidelijk dat de curatieve geneeskunde wél steeds een individuele patiënt-arts-relatie veronderstelt, doch dat deze curatieve geneeskunde kan worden beoefend, zowel binnen de structuur van een persoonlijke gezondheidszorg, als binnen de structuur van een maatschappelijke gezondheidszorg. De middenpositie welke de huisarts en de door hem uitgeoefende huisartsgeneeskunde in deze situatieschets inneemt, zal nog duidelijker worden wanneer wij het terrein overzien hetwelk de huisartsgeneeskunde beslaat.

Het terrein. Als plattegrond van het gebied waarin dit terrein ligt kan dienen het kwadrantschema van Doeleman (figuur 1), een uitwerking en combinatie van het „micro-meso-macro-schema” en van het „mens-in-zijn-milieu-schema” van Van Leent. Ook hier neemt de huisartsgeneeskunde een middenpositie in. Wanneer wij ons oog richten op het lichamenlijk en psychisch functioneren van de mens (het linkerveld van het schema), dan zien wij dat de huisartsgeneeskunde de macrosfeer bezet: de macro-psychologische sfeer (persoonlijkheid, karakter, temperament), de macro-fysiologische sfeer (het organisme als geheel). Wanneer wij ons oog richten op het milieu waarin de mens leeft (het rechterveld van het schema), dan bemerken wij dat daar de huisartsgeneeskunde de microsfeer vult: de microsfeer van de samenleving (de ik-gij-relaties, de primaire leefgroepen, het gezin), de microsfeer van het fysisch-chemisch-

Tabel 1 De situatieschets

Community-centered-medicine	Home-centered-medicine	Hospital-centered-medicine
Sociale geneeskunde Public health	Huisartsgeneeskunde	Ziekenhuisarts-geneeskunde
De meer-op-de-samenleving-gerichte geneeskunde	Algemene geneeskunde Gezinsgeneeskunde	Gespecialiseerde geneeskunde
Preventieve gezondheidszorg Positieve gezondheidszorg (beide uitsluitend)	Curatieve gezondheidszorg (ongeveer 80 procent) Preventieve en positieve gezondheidszorg (ongeveer 20 procent)	Curatieve gezondheidszorg (voornamelijk) Preventieve en positieve gezondheidszorg (weinig)
Maatschappelijke gezondheidszorg (uitsluitend)	Persoonlijke gezondheidszorg (voornamelijk) Maatschappelijke gezondheidszorg (te verwaarlozen in Nederland)	Persoonlijke gezondheidszorg (deels) Maatschappelijke gezondheidszorg (deels)
Groepsgezondheidszorg (uitsluitend)	Individuele gezondheidszorg (uitsluitend)	Individuele gezondheidszorg (uitsluitend)

MENS-MILIEU



Figuur 1. Het terrein van de huisartsgeneeskunde (naar de schema's van Doeleman en Van Leent).

biologisch milieu (kleding, voedsel, woning, micro-organismen). Het zal nu duidelijk zijn, wanneer men onder huisartsgeneeskunde wil verstaan een micro-sociale geneeskunde, dat men dan slechts een bepaald aspect van de huisartsgeneeskunde belicht; als gedachtenfout vergelijkbaar met de fout welke wordt gemaakt wanneer wij zeggen dat een wekker slechts een horloge is.

De aangegeven middenpositie van de huisartsgeneeskunde wordt tot een centrale positie, wanneer wij bedenken dat bijna alle verbandingen tussen de micro- en de mesosferen van het linker-veld (de gespecialiseerde geneeskunde), en de meso- en macrosferen van het rechterveld (de meer-op-de-samenleving-gerichte geneeskunde) door het middengebied lopen. Het terrein van de huisartsgeneeskunde wordt daardoor tot een interactiegebied, een gebied waar het bruisende leven van de gemeenschap de strenge en vaak koele zakelijkheid van de geneeskunde als wetenschap en techniek ontmoet. In dit ontmoetingsgebied worden de snel veranderende samenlevingen en de zich snel ontwikkelende geneeskunde op elkaar afgestemd. Hier bevinden zich de tolken, die enerzijds de taal der geneeskunde verstaanbaar maken aan de samenleving en die anderzijds de talen van de samenleving doen klinken in de exclusieve wijken van de geneeskunde. Doch alvorens in te gaan op de karakteristiek van dit interactiegebied wil ik u enige getallen geven.

Getallen. De getallen die een indruk geven van de druk welke wordt uitgeoefend op het gebied van de huisartsgeneeskunde in Nederland, zijn ontleend aan gegevens verstrekt door het Cen-

traal Bureau voor de Statistiek en aan mededelingen en onderzoekingen van *Bremer, Dijkhuis, Van der Hoeven* en *Hogerzeil, Van der Leeuw* en *Bremer* en *Van Westreenen*. De getallen zijn sterk afgerond en hebben betrekking op kwantiteiten en verhoudingen rond 1962 (figuur 2).

Van de in ons land wonende twaalf miljoen inwoners wordt in de loop van één jaar tien procent niet ziek. Nog eens tien procent wordt minstens eenmaal per jaar ziek, doch raadpleegt hiervoor geen arts. 80 procent (9,6 miljoen mensen) vraagt minstens eenmaal per jaar geneeskundige hulp voor de 29 miljoen bij hen voorkomende ziektegevallen. Deze mensen wendden zich tot huisartsen en wel in ongeveer 80 procent om curatieve redenen. Wanneer deze stroom van 29 miljoen ziektegevallen het gebied van de huisartsgeneeskunde binnenvalt, dan wordt hij opgevangen door 4600 huisartsen, die in staat zijn 80 procent ervan (23 miljoen ziektegevallen) zonder veel hulp van anderen af te handelen; twintig procent ervan (zes miljoen ziektegevallen) wordt door de huisarts verwezen naar de gespecialiseerde geneeskunde, welke daarvoor 4300 specialisten ter beschikking stelt; vier procent ervan (1,3 miljoen ziektegevallen) wordt door de gespecialiseerde geneeskunde opgenomen in 280 ziekenhuizen met 59000 bedden.

Het getallenbeeld zou onvolledig zijn, wanneer er niet op werd gewezen dat in dit gebied van de huisartsgeneeskunde per jaar 175000 kinderen worden geboren, waarvan 100000 (40 procent van alle geboorten) onder de directe leiding van de huisarts, verder dat in datzelfde gebied 52000 mensen sterven (60 procent van alle sterfgevallen).

In dit met zo grote getallen gevulde terrein werken de 4600 huisartsen alleen en op eigen verantwoordelijkheid in hun eenmansbedrijven, tussen enerzijds de samenleving, welke zich organiseert in groepen en structuren, waaraan 4400 artsen zijn verbonden als sociaal-geneeskundigen of hygiënisten, en anderzijds de gespecialiseerde geneeskunde, welke zijn 4300 specialisten steeds meer in ziekenhuisstaven gaat formeren. Het gebied van de huisartsgeneeskunde is dus geen leeg terrein; het is een druk bevolkt gebied, waar hard wordt gewerkt in kleine bedrijven en waar — om een beeld te gebruiken — aan de ene grens de Assyriërs staan en aan de andere grens de Romeinen: wij zijn in een interactiegebied.

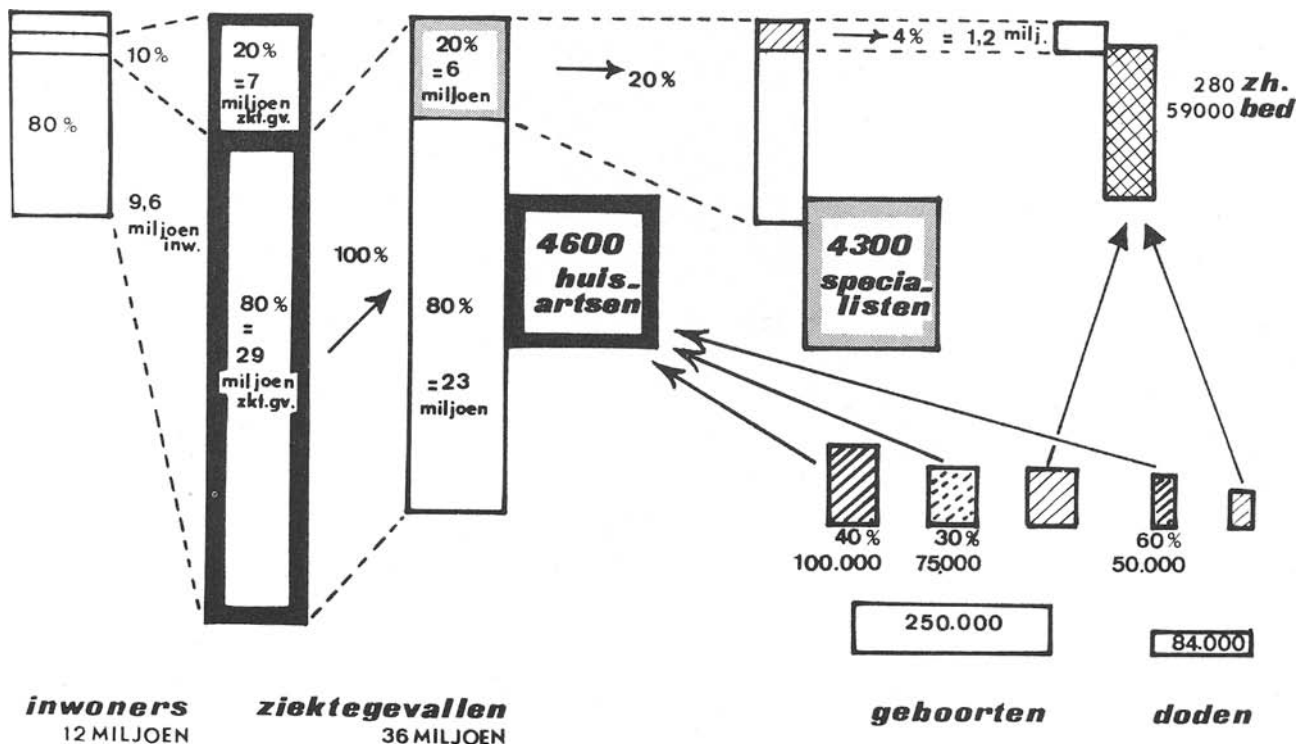
Het interactiegebied. Een interactiegebied heeft steeds een bijzondere karakteristiek: een dergelijk gebied is centraal gelegen tussen twee machtige burenen; het ondergaat grenswijzigingen (anders gezegd: functieverlies, functiewinst); daarnaast zien wij er steeds nieuwe culturen tot bloei komen. Niet alleen de huisartsgeneeskunde bevindt zich in zulk een gebied, maar ook het gezin. Want evenals de huisartsgeneeskunde is gelegen in het interactieveld tussen de geneeskunde in zijn geheel en de samenleving, zo ligt het gezin in het interactieveld tussen de persoon en de samenleving (Parsons). De huisarts en het gezin worden naar elkaar toegedreven en het is typerend voor deze situatie dat de home-centered-medicine zich ging ontwikkelen tot family-medicine en dat het gezin

een toenemende behoefte vertoont aan een gezinsarts als raadgever bij medische en sociale noden.

Individu en gezin kunnen aan de huisartsen elke willekeurige vraag stellen. Daarbij dienen wij te bedenken dat de huisarts voor velen de enige is tot wie zij onbeschoornd hun vragen kunnen richten. De huisarts is voor velen een ideaaltypische figuur; een man die aan alle verwachtingen van de mens in nood en de mens op zoek naar levenszekerheid moet kunnen beantwoorden. Hij moet een open oog hebben voor de diverse medische noden; hij moet kunnen selecteren; op zijn diagnose en therapie moeten de patiënten kunnen vertrouwen. Als buffer (Scott) tussen de moderne geneeskunde en de mens moet hij de mens de weg kunnen wijzen naar de poorten van de gespecialiseerde geneeskunde, terwijl hij hem tevens tegen overdaad daarvan beschermt. Tevens moet hij de moderne geneeskunde voor de mens verstaanbaar kunnen maken en daarbij op kunnen treden als de beschermer van het ziekenhuis. Hij dient zo ambivalent te zijn, dat hij zich van het ziekenhuis kan afwenden om in het gezin en in de samenleving de gezondheid in preventieve en positieve zin te bevorderen, om daar de sociale noden mee te voelen en te verlichten, om daar zowel de socialisatie van het kind als ook de stabilisatie van de volwassene te bevorderen.

Zo heeft in dit interactiegebied de huisarts niet alleen een diagnostische en therapeutische taak, maar ook een mentaliteit-vormende taak. Hij speelt

Figuur 2. Getallen welke een indruk geven van de druk welke wordt uitgeoefend op het gebied van de huisartsgeneeskunde in Nederland (1962).



Tabel 2 De karakteristiek van de omstandigheden waaronder de huisarts werkt

Karakteristiek	De bijzondere relatie:		De bijzondere moeilijkheden betreffende:
	Patiënt	Arts	Doorgeven en onderhouden van kennis
	Directe toegang: onbelemmerd onbeperkt	Continue zorg Volle en volledige verantwoordelijkheid: curatief, preventief, positief; geen beperking ten aanzien van orgaan of leeftijd.	Opleiding Bijscholing Wetenschappelijk onderzoek
	Individuele relatie: „eigen dokter”	Individuele relatie: „eigen patiënt”	
	Samenleving	Huisarts „de dokter”	
Voorwaarden	Vertrouwen Begrip	Deskundigheid: natuurwetenschappelijke kennis; technische vaardigheid Humaniteit	Tijd Wetenschappelijke belangstelling

een rol bij de voorlichting, de opvoeding en de meningsvorming. Zijn werk dient derhalve te zijn gegrondvest op de twee peilers, welke *Jaspers* in 1958 daarvoor aangaf: enerzijds natuurwetenschappelijke kennis en technische vaardigheid, anderzijds humaniteit (medemenselijkheid, invoelend begrip). Het zal duidelijk zijn dat deze huisarts, de meest gedifferentieerde arts onder de artsen (*Ellis*), niet de man met de meest eenvoudige opleiding kan blijven. Wil hij zijn taak optimaal vervullen dan dient hij daarvoor speciaal te worden opgeleid en continu te worden bijgeschoold. Zodra wij echter praten over opleiding en bijscholing, moeten wij ons helder voor ogen stellen onder welke karakteristieke omstandigheden de huisarts werkt.

De karakteristiek. De karakteristiek van de omstandigheden waaronder de huisarts werkt is gelegen in de bijzondere relatie welke de patiënt met de huisarts en welke de huisarts met de patiënt aangaat. Van deze karakteristiek spreekt het W.H.O.-report van 1963 en deze karakteristiek werd internationaal vastgelegd op de eerste wereldconferentie van huisartsen in Montreal — (1964) huisarts en wetenschap 7, 355 (tabel 2).

De patiënt heeft steeds een directe toegang tot „zijn eigen” dokter, met wie hij een individuele (persoonlijke) relatie heeft. Hij ondervindt hierbij geen belemmering en hij behoeft zich in zijn vraagstelling niet te beperken. De huisarts geeft een continue zorg aan de patiënt met wie hij een individuele (persoonlijke) relatie aangaat en die hij beschouwt als „zijn eigen” patiënt. Hij neemt ten aanzien van deze patiënt een volle en volledige verantwoordelijkheid op zich. Een volle verantwoordelijkheid in deze zin, dat zijn zorg zich ook uitstrekt over de primaire relaties van deze patiënt:

zijn gezin (de biologisch-sociale groep waarin hij leeft), de familie, de buurt. Een volledige verantwoordelijkheid in de zin dat hij zowel curatieve zorg, als ook preventief en positief gerichte zorg verleent en dat hij zich beschouwt als de verbindende en coördinerende figuur enerzijds tussen de patiënt de gespecialiseerde geneeskunde en het ziekenhuis; anderzijds tussen de patiënt en de diensten van de samenleving (paramedici, sociale instellingen, sociale werkers). Eveneens volledig in de zin dat hij zich als arts niet beperkt tot bepaalde orgaansystemen, noch zich enkel richt tot bepaalde leeftijdsgroepen.

Omtrent het thuis van de patiënt als basis en uitgangspunt van de huisarts en de „general practitioner” bestaat verschil van inzicht: in Europa en Nieuw Zeeland beschouwt men het thuis van de patiënt als de basis van het werk van de huisarts, en het ziekenhuis in toenemende mate als het terrein van de specialist. Hier kwam de huisarts-geneeskunde in de zin van „family-practice” dan ook tot bloei. In de Verenigde Staten, Canada en Australië hecht men hieraan minder waarde en daar vond meer een ontwikkeling plaats in de richting van algemene geneeskunde (general practice), waarbij de artsen ook in de hospitalen behandelen.

Het zal duidelijk zijn dat aan bepaalde voorwaarden zal moeten worden voldaan wil deze patiënt-arts-relatie een zekere stabiliteit vertonen: van de patiënt mag worden verwacht, dat hij de arts met vertrouwen en begrip tegemoet treedt; van de arts mag worden verwacht niet alleen dat hij een algemene deskundigheid heeft en zijn kennis en vaardigheid op een humane (medemenselijke) wijze ter beschikking stelt, maar ook dat hij zijn kennis weet te onderhouden en aan een nieuwe generatie weet door te geven. Dit voert ons dan

naar de problemen van het wetenschappelijke onderzoek (het ordenen van ervaring en kennis), van de opleiding (het doorgeven van kennis) en van de bijscholing (het onderhouden van kennis). Hiervoor is niet alleen een wetenschappelijke belangstelling nodig, maar ook tijd en de mogelijkheid daartoe in de praktijk.

Naast de bijzondere arts-patiënt-relatie in de huisartsgeneeskunde is bovendien karakteristiek de bijzondere relatie welke bestaat tussen de huisarts en de samenleving waarin zijn patiënten wonen. Hij kent niet alleen de patiënt en zijn gezin, maar ook de buurt — de wijk — het stadje — het dorp. Hij kent de sfeer welke heerst in de gemeentelijke commissies, in de kerkelijke genootschappen, in de café's, in de bejaardentehuizen, in de scholen. Hij kent „aanzien” en „achterklap”. Hij speelt — afhankelijk van zijn karakter en instelling — een rol in het maatschappelijke leven: gemeentebesturen, kerkbesturen, schoolbesturen, adviescolleges, sportverenigingen, ontspanningsverenigingen, politieke groeperingen. Daar is hij „de dokter” die de zijnen kent; maar de zijnen kennen hem ook, zijn eigenaardigheden, zijn eigengereidheden, zijn snelle besluitvorming, zijn scherpe kijk op de dingen, zijn cultureel niveau, zijn innerlijke mildheid en bereidvaardigheid, zijn vrouw en zijn kinderen. Zo functioneert hij in de samenleving, met inzet van zijn goede naam als arts. In dit verband mag worden gewezen op het belang van het wonen van de huisarts „temidden” van zijn patiënten. Een belang dat gemakkelijk zou kunnen worden miskend wanneer de groepspraktijk een wonen buiten de leefgemeenschap van de patiënten mogelijk zou maken („de huisarts als forens”).

Definities. De hier geschetste karakteristiek leidt als vanzelf naar de definities, welke zijn opgesteld over de huisartsgeneeskunde en de huisarts. Deze definities vertonen echter verschillen als gevolg van de verschillende gezichtspunten van waaruit de opstellers hun object bekijken. Zo bezigt Dijkhuis een wel zeer simpele definitie: huisartsgeneeskunde is de geneeskunde welke om praktische redenen thuis plaatsvindt. Scott in Edinburgh werkt met een functionele definitie: de huisartsgeneeskunde betreft die sector van de gezondheidszorg, waar de patiënt directe en continue toegang heeft tot zijn eigen dokter. De W.H.O. werkt met wat

men kan noemen een operationele definitie: de huisartsgeneeskunde verstrekt een uitgebreide en integrale medische en sociale zorg aan patiënten in de samenleving. Zulk een operationele definitie werd ook door het Nederlands Huisartsengenootschap op voorstel van Buma en Huygen opgesteld tijdens de in januari 1959 gehouden zogenaamde Woudschoten-conferentie: huisarts zijn wil zeggen: „De bewuste aanvaarding van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen, die zich aan hem toevertrouwen”. Dit houdt in een curatieve, preventieve en revaliderende taak. *Drogendijk* zegt dat een korte en kernachtige definitie eigenlijk niet is te geven. Hij omschrijft de huisartsgeneeskunde met termen als gelimiteerde-, thuisfront-, frontlinie-, persoons-, en tenslotte als gezinsgeneeskunde.

In het bovenstaande werd getracht een beeld te geven van de huisartsgeneeskunde: de situatie werd geschetst, het werkterrein werd beschreven, de spanning van een interactiegebied werd voelbaar gemaakt. Uit deze uiteenzetting rees geen machtig gebouw op bestand tegen druk van buiten, maar een persoon: de persoon van de huisarts. Op hem alleen rust de huidige huisartsgeneeskunde: op zijn continue zorg, op zijn kracht om een volledige verantwoordelijkheid te dragen, op zijn durf om risico's te lopen, op zijn incasseringsvermogen. Doch hij werkt als een eenling in het interactiegebied en het zal duidelijk zijn dat hij op den duur onder de voet wordt gelopen. Laten wij de balans opmaken en nagaan, op welke wijze kan worden voorkómen dat de huisarts en de door hem uitgeoefende geneeskunde reeds in de naaste toekomst zullen verdwijnen tot nadeel zowel van de lijdende mens voor wie de huisarts het baken is waaraan hij zich vastklampt, als van de gezonde mens die zijn persoonlijke adviezen en begeleiding behoeft.

De balans. Op de balans staat met betrekking tot een verantwoorde uitoefening van de geneeskunde ten gunste van de huisarts, dat hij een sterk ontwikkeld vermogen heeft om te selecteren en dat vele ziekten ook zonder arts genezen. Daarnaast heeft hij een grote ervaring in het hanteren van de minder duidelijke psychologische, sociale en

Tabel 3 De balans

Ten gunste	Ten nadele	Reveille
Vele ziekten genezen ook zonder arts	Dilemma „kwantiteit kwaliteit”	Scherpe afbakening van de taak
Grote ervaring ten aanzien van: selectie; kleine psycho-sociale problemen; mobiliseren van gemeenschapshulp.	Achterblijven in wetenschappelijke kennis ten gevolge van: isolatie; tijdgebrek; snelle ontwikkeling van de moderne geneeskunde;	Ontwikkeling in de richting van: werken in groepen; vrijwillige supervisie
De grote behoefte aan zielszorg	bepaalde diagnostische faciliteiten	Oprichten van huisartsencentrales: coördinatie, harmonisatie; diagnostische faciliteiten; opleiding en bijscholing
Zijn functioneren in de leefgemeenschap van de patiënt		

economische problemen en in het snel mobiliseren van gemeenschapshulp. Ten gunste van de huisarts werkt bovendien de grote behoefte van de mens aan zielszorg; immers in deze geloofsloze tijd klampen velen zich aan de arts vast als ware hij een zielszorger; een verschijnsel waarop Jaspers reeds in 1958 wees en waartegen hij de artsen waarschuwde met de woorden: „nicht mehr Priestertum ist seine Sache, sondern Humanität” (tabel 3).

Ten nadele van de huisarts staat echter op de balans het zogenaamde „kwantiteit-kwaliteit-dilemma”; een dilemma (Scott, W.H.O.) dat wordt opgeroepen door de patiënt. De patiënt bepaalt immers de hoeveelheid en de aard van het werk. Hij doet vaak een beroep op de tijd van de arts, omdat hij — nu hij steeds meer zekerheden verwerft met betrekking tot het voorkómen van sociale noden — deze zekerheden ook wil verwerven met betrekking tot het voorkómen van medische noden. Eveneens ten nadele van de huisarts staat vermeld zijn gemakkelijk achterblijven in wetenschappelijke kennis: zijn voornaamste beoordeelaar is immers de ondeskundige patiënt (*Ruhe*). Het isolement in zijn eenmansbedrijf, het tijdgebrek als gevolg van het kwantiteit-kwaliteit-dilemma, de snelle ontwikkeling van de moderne geneeskunde en zijn niet alleen beperkte maar vaak ook ingeperkte diagnostische mogelijkheden hebben bovendien een ongunstige invloed op de kwaliteit van zijn werk.

Wanneer wij nagaan op welke wijze deze genoemde nadelen kunnen worden opgeheven, dan zullen wij ons sterk bewust moeten zijn, dat wij ons werken in het interactiegebied alleen dan zullen kunnen overleven wanneer aan de volgende voorwaarden wordt voldaan. In de eerste plaats moeten wij onze taak scherp weten af te bakenen. Het is bekend hoe gemakkelijk bij instanties en instellingen verantwoordelijkheden schuiven van de ene persoon naar de andere. In vele gevallen wordt tenslotte de verantwoordelijkheid afgeschoven naar de huisdokter, hij wordt aangewezen als degene die tekort schoot. Velen willen de huisdokter maken tot een soort maatschappelijke werker met medische vooropleiding; anderen (Jores, von Weiszäcker) tot een soort zielszorger die de neiging vertoont van zijn geneeskundige therapie een heilsleer te maken. Laten wij echter goed bedenken dat 80 procent van de patiënt-huisartscontacten, contacten zijn in het gebied van de curatieve geneeskunde: de huisarts is in de eerste plaats arts in de Hippocratische betekenis.

In de tweede plaats moeten wij bereid zijn — afhankelijk van de lokale situaties — te gaan werken in groepen en het zelfs aandurven om ons onder supervisie te stellen teneinde te ontkomen aan het isolement; teneinde de risico's van het eenmansbedrijf te kunnen opvangen; teneinde meer tijd voor bijscholing, wetenschappelijk werk en opleiding te krijgen.

In de derde plaats zullen wij moeten kunnen komen tot de oprichting van huisartsencentrales; om de individuele praktijken te coördineren en te

ruggesteunen; om de groepspraktijken te harmoniseren; om moderne diagnostische faciliteiten te verlenen (laboratoria, consultatieve diensten); om opleiding en bijscholing mogelijk te maken en te regelen. Men zou deze huisartsencentrales kunnen beschouwen als het gezicht van een regionaal opgebouwde lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg.

Zo is dan een bespreking van de methoden van de huisartsgeneeskunde uitgelopen op een wel zeer persoonlijke beschouwing over de huisartsgeneeskunde en de huisarts. Het hieruit voortgekomen inzicht is nodig om de volgende vragen te kunnen beantwoorden.

Welke methoden gebruikt de huisartsgeneeskunde?

Ligt in de huisartsgeneeskunde op een van deze methoden een bepaald accent?

Welke is de wisselwerking tussen mensbeeld en methode?

De methoden. Zodra wij over methoden spreken, moeten wij ons bewust zijn wat wij daar onder verstaan (tabel 4). Wanneer wij daaronder verstaan de „wegen van het denken”, dan bevinden wij ons op wijsgerig terrein (*Van Peursen*), want dan gaan wij spreken over de „wegen van de wetenschap”. Wanneer wij onder methoden echter verstaan de „wegen van het handelen”, dan bevinden wij ons in een operationeel vlak: werkmethode; dan richten wij ons niet op een wetenschap, maar op activiteiten en op de wijze van uitvoering daarvan.

In het eerste geval moeten wij nagaan of huisartsgeneeskunde kan worden gezien als een wetenschap; dat wil zeggen als een min of meer afgerond complex van kennis en kunde met een eigen object, een eigen problematiek en een eigen methodiek. Wij zullen dan de volgende methoden kunnen onderscheiden.

Tabel 4 De methoden

	De methoden van de natuurwetenschappen: de mens als abstractie: de mens als machine; de mens opgedeeld in werkelijkheids-sferen:	
	stof	materie
	passief levende stof	biosfeer
	actief levende stof	
	denkend bewustzijn	noösfeer
De wegen van het Denken	De methoden van de menswetenschappen: de mens als totaliteit: de mens in zijn Lebenswelt (Husserl); de mens als categorie van de tijd (Von Uexküll); de mens als speerpunt van de evolutie (Julian Huxley, Teilhard de Chardin)	
De wegen van het handelen	De werkmethode	

De methoden van de natuurwetenschappen (*Wibaut, Jaspers*), waarbij de mens wordt gezien als een abstractie; als een machine (wij denken dan aan Claude Bernard); als opgedeeld in werkelijkheidsferen (zoals wij dit aantreffen bij *Jaspers*).

De methoden van de menswetenschappen (*Husserl, Von Uexküll, Metz*) waarbij de mens wordt gezien als een totaliteit; als een totaliteit in zijn Lebenswelt (zoals bij *Husserl*); als een totaliteit in de zin van categorie-zijn van de tijd (zoals bij *Von Uexküll*); als een totaliteit in de zich evoluerende wereld, waarin de mens zich voordoet als de speerpunt van de evolutie (zoals bij *Julian Huxley* en bij *Teilhard de Chardin*).

Uit mijn beschouwingen over de huisartsgeneeskunde zal het duidelijk zijn geworden dat deze geneeskunde niet (of althans nog niet) kan worden geduid als een wetenschap, zolang nog geen overeenstemming bestaat over de inhoud van deze — in een interactiegebied gelegen — geneeskunde; wij dienen deze geneeskunde te beschouwen als een complex van activiteiten. Zijn wetenschappelijke methoden en zijn mensbeelden zijn ontleend aan de natuur- en menswetenschappen; deze zijn dus niet specifiek voor de huisartsgeneeskunde. Zijn werkmethode zijn daaraan eveneens ontleend, maar deze kunnen wél specifiek zijn, omdat zij slechts bruikbaar zijn in de huisartsgeneeskunde.

In de huisartsgeneeskunde zal dus het accent sterk liggen op de werkmethode. Doch juist omdat de patiënt-arts-relatie in de huisartsgeneeskunde zo sterk is geïndividualiseerd en juist omdat de huisarts en de patiënt elkaar zo exclusief als persoon ontmoeten, zal elke werkmethode worden beheerst door de wisselwerking tussen het mensbeeld dat de arts, en het mensbeeld dat de patiënt heeft.

Samenvatting. Wanneer men zich afvraagt welke de methoden zijn van de huisartsgeneeskunde of in de huisartsgeneeskunde op een van deze methoden een bepaald accent ligt en welke de wisselwerking is tussen mensbeeld en methode, dan kunnen deze vragen eerst worden beantwoord wanneer wij ons helder voor ogen stellen wat wij verstaan onder huisartsgeneeskunde en wie wij bedoelen met huisarts.

Aangegeven wordt de middenpositie welke de „home-centered medicine” inneemt tussen de „hospital-centered” en „community-centered medicine”. Deze middenpositie blijkt een centrale positie te zijn wanneer wij het terrein van de huisartsgeneeskunde uitzetten op de plattegrond (het mensmilieu-schema) van de gehele gezondheidszorg. Dit terrein blijkt dan de kenmerken van een interactiegebied te vertonen (machtige burenen, functieverlies en functiewinst, nieuwe culturen). Op dit terrein blijkt niet een machtig gebouw te staan, maar één persoon: de persoon van de huisarts, met zijn continue zorg, zijn kracht om verantwoordelijkheid te dragen, zijn durf om risico's te lopen, zijn incasseringvermogen.

Het opmaken van een balans ten gunste of ten ongunste van de huisarts leidt tot reveille-gedachten: scherpe afbakening van de taak; het werken in groepen; het oprichten van huisartscentrales, welke men zou kunnen beschouwen als het gezicht van een regionaal opgebouwde lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg.

Eerst nú kunnen voornoemde vragen worden beantwoord: Omdat de huisartsgeneeskunde de geneeskunde van een

interactie-gebied is en daarom geen constante inhoud heeft, kan men deze niet (of althans nog niet) beschouwen als een wetenschap, maar dient men de huisartsgeneeskunde te zien als een complex van activiteiten. Omdat de huisartsgeneeskunde een complex van activiteiten is, ligt bij haar de nadruk op de werkmethode. De steeds wisselende en gedifferentieerde werkmethode vereisen een speciale opleiding en een continue nascholing. De werkmethode in de huisartsgeneeskunde zullen worden beheerst door de wisselwerking tussen het mensbeeld dat de arts en het mensbeeld dat de patiënt heeft.

Summary. The methods of home-centered medicine. The question as to which are the methods of home-centered medicine, whether a special emphasis is placed on one of these methods, and what is the interaction between the human image and the method, cannot be answered unless the terms home-centered medicine and family doctor are clearly defined.

This paper indicates the intermediate position of home-centered medicine between hospital-centered and community-centered medicine. When the field of home-centered medicine is marked off on the map (the man-environment schema) of health care in general, its intermediate position proves to be a central position. This field process to show the characteristics of a field of interaction (powerful neighbours, loss of function and gain of function, new cultures). In this field we find, not an imposing building but a single individual: the family doctor with his continuous cares, his strength to carry responsibilities, his courage to take risks, his endurance. Taking stock of the pros and cons of general practice inevitably leads to revisional ideas: sharp definition of duties, group work, the establishment of general practice centres which could be regarded as the face of a regional structure of physical and mental health care.

Only then is it possible to answer the above questions. Since home-centered medicine is the medicine of a field of interaction, and therefore has no constant content, it cannot (yet) be considered a science but must be regarded as a complex of activities. Since home-centered medicine is a complex of activities, the emphasis is on operational methods. The ever-changing and differentiated operational methods call for special training and continuous post-graduate courses. The operational methods in home-centered medicine are bound to be governed by the interaction by the human image formed by the practitioner and that formed by the patient.

- Bremer, G. J. (1964) Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen.
- Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap. 7, 2.
- Dijkhuis, H. J. P. M. (1964) huisarts en wetenschap. 7, 153.
- Doelman, F. (1963) T.Soc.Geneesk. 41, no 18 t/m 22.
- Drogendijk, A. C. (1965) Huisartsgeneeskunde. De Erven F. Bohn n.v., Haarlem.
- Ellis (1965) huisarts en wetenschap. 8, 336.
- Hoeven, J. van der en H. Hogerzeil (1965) huisarts en wetenschap. 8, 168.
- Huygen, F. J. A. (1959) huisarts en wetenschap. 2, 187.
- Jaspers, K. Philosophie und Welt. Geciteerd in (1964) Wijsgerig Perspectief 5, 101.
- Leent, J. J. A. van (1962) De macro-microverhoudingen bij de sociologie, de psychologie en de sociale psychologie. Dissertatie Leiden.
- Leeuw, J. I. van der (1964) huisarts en wetenschap. 7, 249.
- Metz, W. (1964) Het verschijnsel pijn. Methode en mensbeeld der geneeskunde. De Erven F. Bohn n.v., Haarlem.
- Parsons, (1956) Family, socialization and interaction process. (Geciteerd in: In 't Veld-Langeveld, H. M. (1963) Gezins sociologie en gezinsbeleid, Utrecht).
- Peursen, C. A. van (1964) Wijsgerig Perspectief, 5, 67.
- Ruhe, H. (1964) huisarts en wetenschap. 7, 267.
- Scott, R. (1965) huisarts en wetenschap. 8, 300.
- Wibaut, F. (1962) De methode der geneeskunde. De Erven F. Bohn n.v., Haarlem.
- World Health Organization (1963) Technical report series no 257.