

Wat moet de huisarts met die modellen?

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

Medische en andere modellen. Op een N.H.G.-bijeenkomst bespreken wij de vreemde ziektegeschiedenis van mevrouw A. Zij is een aardige vrouw van 35 jaar, afkomstig uit een groot gezin; tot haar huwelijk was zij hulp in de huishouding. Acht jaar geleden trouwde zij met een timmerman van gelijke leeftijd, die al jaren in de praktijk van de huisarts bekend was. Als kind had deze een lobectomie ondergaan wegens bronchiëctasieën; helaas bleven ook na deze operatie af en toe bronchusinfecties optreden, waarbij hij gewoonlijk veel, vaak bloederig sputum opgeeft. Gewoonlijk lukt het door vlug met antibiotica te behandelen deze episodes snel de kop in te drukken.

Het echtpaar kreeg bij zijn huwelijk een kleine, nogal gehorige flat toegewezen. Twee jaar na haar huwelijk meldde mevrouw A. zich bij de huisarts omdat er nog geen zwangerschap was opgetreden. De oorzaak werd betrekkelijk snel gevonden: er was een totale azoöspermie bij haar echtgenoot, maar bij punctie van de testikel was er voldoende spermatogenese. De uroloog meende dat een rekanalisatie-operatie van de afgesloten ducti deferentes goede kansen bood. Na dit bericht hoorde de huisarts enige tijd niets van het echtpaar, uitgezonderd de periodieke verzoeken van de man om een recept voor tetracycline en codeïne.

Een jaar later kreeg mevrouw A., na aanvankelijk lichte klachten, een steeds ernstiger verlopende proctitis, die zich in de loop van twee jaar ontwikkelde tot een volledige colitis ulcerosa. Zij moest enige malen, de laatste maal voor een periode van drie maanden, in het ziekenhuis worden opgenomen. De gebruikelijke behandeling met dieet, rust, salazopyrine en prednison-lavementen gaf maar weinig verbetering. De internist schreef: „Ik had ook verschillende gesprekken met mevrouw A. De kinderloosheid lijkt mij een secundair probleem, een zwangerschap is bij deze chronisch zieke vrouw ook niet gewenst. Wel is er behoefte aan een betere woning en het lijkt mij gewenst dat de heer en mevrouw A. psychologisch worden begeleid, maar de man voelt daar niets voor.”

Inderdaad vluchtten de heer en mevrouw A. zoveel mogelijk uit de zeer lawaaiige flat; bovendien was de verhouding met de burenslecht. Het gelukte een betere woning te kopen, maar mevrouw A. bleef ziek. Na enige maanden bleek de nieuwe wo-

Samenvatting. Meer en meer komt men de begrippen „medisch model”, „sociaal model”, en andere modellen tegen bij bespreking van het functioneren van de huisarts en in de literatuur. Naar aanleiding van enige voorbeelden wordt het modelbegrip besproken. Gesteld wordt, dat men het begrip „medisch model” of welk model ook, niet behoort te gebruiken zonder zo nauwkeurig mogelijk aan te geven wat men daarmee bedoelt. Tenslotte wordt een poging gedaan enige aanwijzingen voor het model van de huisarts te geven.

ning nog steeds slechts ten dele te zijn ingericht. Het geheel werd steeds triester, de verschijnselen van de colitis namen toe en een nieuwe opname dreigde. In dat stadium kwam de man weer eens met een bronchusinfectie op het spreekuur. De huisarts vroeg hem bij die gelegenheid waarom de reeds jaren geleden door de uroloog voorgestelde ingreep eigenlijk nooit was toegepast. De man antwoordde dat hij zich na zijn teleurstellende jeugdervaring had voorgenomen zich alleen bij uiterste noodzaak onder behandeling van een chirurg te stellen. In het daarop volgend gesprek bleek dat zijn vrouw dat standpunt wel kon billijken, maar dat hij soms toch de indruk had dat haar dit wel eens dwars zat. Hun verhouding was de laatste tijd toch moeilijker geworden.

Het kostte nog enige gesprekken om de heer A. te overreden zich te laten opereren. Door een misverstand werd verzuimd enige tijd na de behandeling een nieuwe sperma-analyse te doen. Het werd dus niet bekend of de operatie succes had. Later verklaarden zowel de heer als mevrouw A. dat nu ook maar liever zo te laten. Maar de operatie had wel een ander resultaat! Mevrouw A. is sindsdien volkomen klachtenvrij. Kennelijk was niet de kinderloosheid maar de behoefte van mevrouw A. aan dit „offer” van haar echtgenoot het primaire probleem.

Collega B., een jonge zich als kritisch kenmerkende huisarts, gaf op deze ziekte-geschiedenis het volgende commentaar: „Kijk, hier heb je nu een typisch voorbeeld waarbij het medisch model jarenlang ten onrechte is toegepast. De oorzaak van de

ziekte werd alleen bij de patiënte zelf gezocht en het resultaat is dat al die corticosteroïden en andere gemenigheid niets hebben geholpen. Nou ja, dat huis, maar dat bleek ook een misser. Hier had het sociale model moeten worden toegepast: de oorzaak zit niet in de patiënt maar in de interactie tussen deze man en vrouw. Dat was het goede aangrijpingspunt. Alleen door toeval is hier de oplossing tóch weer door het medisch model tot stand gekomen."

Het gesprek ging verder over medische tegenover sociale modellen. Het enthousiasme van de jonge collega, het gevoel dat hij een nieuwe en misschien betere aanpak voorstond, bracht ook de anderen tot enthousiasme. Maar er groeide ook onzekerheid: Wat is dan dat sociale model? Kan een huisarts dat hanteren? Hoe moeten het medische en het sociale model worden omschreven?

Gedurende een pauze tijdens een conferentie spraken wij met professor Sir John Brotherton, vroeger huisarts, later hoogleraar in de sociale geneeskunde, die nu een leidende functie heeft in de Britse gezondheidszorg. „Don't think I am the wise old owl” zegt hij als wij zijn mening vragen over het medisch model, maar tijdens de conferentie is duidelijk hoe helder en juist hij zijn opvattingen over de gezondheidszorg onder woorden weet te brengen. „Hoe zullen wij ooit werken met een ander model dan het medisch model? Wij zijn immers medici! Natuurlijk, wij weten dat wij onze patiënten éenzijdig beoordelen als wij geen rekening houden met de psychische en sociale velden van hun bestaan, zoals jullie professor Querido zo duidelijk heeft gemaakt. Maar wij kunnen ons als artsen niet wáár maken wanneer wij pretenderen meer te zijn dan medicus. Natuurlijk liggen er vaak mogelijkheden op een ander vlak, maar die vallen buiten ons medisch perspectief.”

Tijdens de „sociale sociëteit”: Plaatselijk ontmoetingspunt huisartsen, pastores, wijkverpleegster en maatschappelijke werkers spaart een jonge maatschappelijk werkster ons niet met haar kritiek: „Hoe is het mogelijk, dat de artsen volhouden librium voor te schrijven en mensen naar de psychiater te sturen, zolang de werkverhoudingen blijven, zoals ze zijn en terwijl de woningbouw ieder initiatief tot eigen ontplooiing en creativiteit onmogelijk maakt? Vanaf de peuterspeelzaal en nog eerder wordt iedereen geïndoctrineerd met de juistheid van ons sociale systeem! De artsen werken de aanpassing in de hand. Als het zo doorgaat kunnen wij beter aan de gemeenteraad voorstellen valium aan het drinkwater toe te voegen. Er is maar één oplossing: jullie aftandse *medische model* moet radicaal afdoen, het *sociale-actiemodel* is de enige mogelijk-

heid onze inerte samenleving tot nieuwe ontplooiing te brengen!”

Giel, epidemioloog-psychiater met intercontinentale ervaring, komt op grond van zijn onderzoekingen in Nieuw-Guinea, Ethiopië en Stolwijk tot duidelijke conclusies over het aanbod van psychosociale morbiditeit aan de huisarts. De cijfers zijn hoog, zij het lang niet zo hoog als voor de televisie en in de krant wordt gesteld. Maar veel problemen die bij de huisarts komen mag men ook geen ziekte noemen. Ziekte dient (naar *Mechanic*) duidelijk te worden onderscheiden van ziektegedrag. Ziekte is een ziekelijke anatomische of biochemische verandering van het organisme of een overeenkomstige verandering van de psyche. Ziektebeelden zijn voor een deel als onmiskenbare medisch-wetenschappelijke eenheden af te grenzen; maar de maatschappij schuift maar al te gemakkelijk en zonder onderscheid allerlei afwijkende gedragsnormen het terrein van de psychiatrie, van de geneeskunde binnen. Vaak brengt niet ziekte maar pech, zoals het mislukken van een huwelijk, een mislukkend examen of een ongewenste zwangerschap de mensen er toe de dokter op te zoeken. Zo ontstaat het risico dat allerlei pechgedrag en andere soorten gedragingen als ziekten worden geduid. Vaak lukt het door toepassing van het medisch model („Wat is voorspelbaar aan dit gedrag?”) een bepaald gedrag weer tot op zekere hoogte beïnvloedbaar te maken. *Giel* weigert als epidemioloog een deel van de psychosociale problematiek, die de Stolwijkse huisartsen in hun praktijk tegenkomen, als psychiatrische morbiditeit aan te duiden. Het gaat hier om welzijnsproblematiek; daarvoor heeft de huisarts-trouwen ook geen steun aan psychiaters, maar kan hij beter bij het maatschappelijk werk terecht. . .

Trimbos, de dynamische Rotterdamse sociaal-psychiater, spreekt zijn twijfels over het medisch model duidelijk uit. Het medisch model brengt voor de psychiatrie heel wat nadelen mee:

— het heeft de psychiatrie de laatste zestig jaar maar weinig verder gebracht: van schizofrenie bij voorbeeld begrijpen wij nog steeds niets;

— door de ongebreidelde uitbreiding van het medisch model krijgen allerlei levensproblemen: arbeidsonwil, criminaliteit, jeugdprotest, huwelijksontrouw, druggebruik de status van ziekte; al die problemen worden aan de dokter gedelegeerd in de hoop dat deze een „genezing” kan bewerkstelligen;

— het medisch model verhindert een betere oplossing van de problemen van onze tijd;

— het medisch model bevordert de eenzijdig-biologische, curatieve en intramurale gezondheidszorg, in tegenstelling tot de geprefereerde integrale, preventieve, extramurale gezondheidszorg;

— de bijdragen van de gedragswetenschappen krijgen bij het medisch model te weinig kans.

„Als een jonge moeder van ellende tegen de muren omhoog springt in haar te gehorige flat op de tiende verdieping, is het dan de taak van de gezondheidszorg haar (en haar kinderen) aan te passen aan deze situatie of dient tegen een dergelijk flatbouw te worden geageerd?“, aldus *Trimbos* in een interview. Hij pleit voor nieuwe modellen, vooral in de geestelijke gezondheidszorg: het interactiemodel, het sociaal model.

Kuiper bespreekt in het Tijdschrift voor Sociale geneeskunde een aantal „alternatieve modellen voor de gezondheidskunde“. Hij verraadt zijn afkomst als arbeidsgeneeskundige met het „belastingmodel“, en ontwerpt dan zelf het behoeftemodel, het model van vrijheid en gebondenheid, het informatiemodel en het stressmodel. *Bruins* noemt het dialectisch model, *Van Loon* met vele anderen het gezondheidsmodel, *Van Trommel* het integraal model en het medisch-biologisch en psychisch model.

Het modelbegrip. Langzamerhand wordt het ons onbehaaglijk bij zo'n menigte van modellen, die ons blijkbaar ter beschikking staat. Wat moeten wij er mee doen? Is het niet veiliger door te gaan met wat dan desnoods medisch model mag heten: onze eigen, door schade en schande zelf aangeleerde, vaak verguisde en bekritiseerde, door de meeste patiënten toch aanvaarde en vaak zelfs gewaardeerde huisartsenmethode? Is het medisch model zo verwerpelijk? Heeft die modellenmode betekenis voor de praktijk? Laten wij het filosoferen maar aan de liefhebbers overlaten! Schoenmaker, blij bij je leest!

Over leest gesproken — een leest is ook een model, een houten vorm van de voet voor het vervaardigen van schoenen. Men zou dus kunnen zeggen „Huisarts, blij bij je model“. Maar wat is dan het huisartsenmodel? Misschien heeft het tóch zin te trachten beter te begrijpen wat met het begrip „model“ wordt bedoeld.

Trimbos is niet erg duidelijk in zijn artikel: „een model legt formeel vast, wat men nodig heeft aan begrippen of variabelen voor objecten, relaties en toegestane operaties om deducties te kunnen maken“, „het heeft te maken met theorie, maar is geen theorie“, „een model biedt een min of meer gepreformeerd denkkader, waarmee de werkelijkheid wordt aangepakt.“

Niet zo veel wijzer geworden, nemen wij „van Dale's groot woordenboek der Nederlandse taal“ ter hand: *model*, o. (-len).

1. voorbeeld, dat een kunstenaar maakt uit leem of was en waarnaar een werk wordt uitgevoerd. . . ;
2. houten, gipsen of onder-ontwerp van een te

vervaardigen gietstuk waarnaar de gietvorm gemaakt wordt . . . ;

3. voorbeeld, waarnaar een kunstenaar werkt . . . ;

4. voorbeeld, type van voorwerpen van gebruik . . . ;

5. vaststaande, voorgeschreven vorm . . . ;

6. nabootsing op kleine schaal. . . ;

7. persoon, die, resp. wiens werk als voorbeeld dient . . . ;

8. type, toonbeeld van iets . . .

model, bn. bw . . . : volgens voorschrift: *model gekleed gaan* . . . ; . . . voorbeeldig . . . ; ook in allerlei samenst.; *modelkliniek*; *modelouders* . . . enz.

Nog beter begrip van het gebruik van modellen in de wetenschap kan de wijsbegeerte ons geven. *Van Peursen* wijst er op dat het vanouds vooral draait om twee betekenissen; enerzijds: verkleinde afbeelding, hulpvoorstelling en anderzijds: maat, vorm, voorbeeld. Hij wijst er op dat het modelbegrip in de wetenschappen vooral in zwang is gekomen in de betekenis van „ingeperkte voorstelling“, maar ook de betekenis van het andere modelbegrip: „model staan voor“ en „voorbeeld“ wordt gebruikt.

Waarom gebruiken wij het begrip „model“? Om dezelfde reden waarom de schoenmaker zijn leest gebruikt: het is nu eenmaal niet mogelijk steeds de voeten, waarvoor een paar schoenen moet worden gemaakt, ter beschikking te hebben. Dus maakt hij een houten model van die voeten. En wat bedoelen wij dan met de term „medisch model“? Wanneer men probeert te omschrijven waarvan „het medisch model“ nu model wil zijn — dus zoals de leest het model van de voet is — dan kan men met het medisch model drie modelbegrippen aanduiden:

1. het model van de mens, voor zover de medicus daarmee te maken heeft;
2. het model voor de werkwijze van de medicus;
3. het model van de medicus zelf, van de mens die als medicus bezig is.

Het eerste medisch model is een model van de mens, zoals de medicus daarmee te maken heeft. De mens is een uiterst gecompliceerd wezen met eindeloos veel aspecten. Ieder, die met de mens bezig is, heeft een eigen model: de kunstenaar heeft een esthetisch model; een concreet voorbeeld is het beeld van de Venus van Milo in het Louvre in Parijs, dat volgens sommigen de meest ideale proporties van een vrouw aangeeft. De socioloog houdt zich bezig met het sociale model van de mens, doordat hij de sociale gedragingen en aspecten van de mens bestudeert; de psycholoog heeft een psychisch model, dat onder andere intelligentie en gedrag van de mens betreft.

De medicus interesseert zich voor ziekte en gezondheid van de mens. Toch is dat alleen maar één van de aspecten van het medisch bezien van de mens. Als medicus bezig zijn, als medicus een relatie tot een mens hebben betekent veel méér, het betekent ook voor de een iets geheel anders dan voor de ander. Daarom is ook het medisch model van de mens voor de een niet hetzelfde als voor de ander.

Het lijkt mij — en dat is uiterst essentieel — daarom onjuist en onlogisch om te spreken van het medisch model, met de nadruk op „het”. Men kan zich een eindeloze variatie van medische modellen voorstellen, afhankelijk van wat de modelleur, de modelgebruiker zich voorstelt wanneer hij over de relatie tussen medicus en mens denkt of spreekt.

Te spreken van „het medisch model” is een stereotype, een onnadenkende classificatie, een niets zeggende aanduiding, wanneer men niet nader aangeeft wat men met „medisch model” bedoelt. Hetzelfde geldt trouwens voor alle gebruik van modellen. *Bertels* en *Nauta*, die een boek hebben geschreven over het modelbegrip, wijzen er op dat het bij gebruik van modellen noodzakelijk is zo goed mogelijk te omschrijven wat met het model wordt bedoeld. En zelfs — stellen zij — na nauwkeurige definitie dreigen er nog voortdurend misverstanden te ontstaan. Evenzo geldt deze noodzaak tot nauwkeurig definiëren voor andere modellen als „het sociaal model”, „het interactiemodel”.

A fortiori is dat het geval wanneer wij ons herinneren dat het modelbegrip volgens *Van Peursen* ook het aspect van „model staan voor”, „voorbeeld” en (denk aan de Venus van Milo) „norm”, „ideaal” aangeeft. Wanneer men zegt dat de artsen zich meer moeten bezighouden met het sociaal model in plaats van het medisch model, dan suggereert dit een heldere zienswijze, een interessante theorie; maar in feite is het — zonder nadere omschrijving — een vage kreet zonder praktische betekenis; of, om het wetenschappelijker te zeggen: een leuze zonder operationele waarde.

Het medisch model zou ook kunnen worden gebruikt als model voor de werkwijze van de arts. In dit geval krijgt het modelbegrip een andere betekenis: het betreft niet meer een model van iets concreets („een voet”, of „een mens”) maar een model van een relatie, van een systeem. Ook voor dit gebruik van het begrip model geldt weer dat het een vereenvoudiging is van het systeem of de relatie waarvoor het model staat. Het is misschien verduidelijkend om de definitie van modellen van *Gellner* over te nemen:

„Theoretisch model”: designates any one of a range of things which form a kind of continuum:

1. an actual physical model, i.e. an artifact such

that its parts, their relations and its working are suitably analogous to some other system.

2. a merely conceptual model, i.e. the envisaging of the specification in words of an artifact as described in (1) without actually building it.

3. envisaging or specification in words of a system simpler in various ways than some other system of which it is a model, simpler but not otherwise dissimilar . . .

4. there is a tendency to call any theory whatever a model, in so far as any theory tends to possess at least unwittingly the features intended to characterize models in the sense (3).

5. by a similar argument, it has been maintained that any proposition whatever, whether theoretical, or not, either is or represents a model.

Men ziet wel dat ook hier het medisch model een vereenvoudiging is, want ook tussen arts en patiënt is er méér dan een louter medische relatie: arts en patiënt zijn bijvoorbeeld dorpsgenoten, zij vinden elkaar al of niet aardig, zij kunnen elkaar nog geld schuldig zijn. Daarnaast geldt uiteraard ook voor deze betekenis van het begrip „medisch model”, dat de gebruiker van het modelbegrip precies moet aangeven wat hij met zijn medisch model bedoelt.

Een derde gebruik van het begrip „medisch model” zou kunnen zijn wanneer men het model niet neemt voor het object van de medicus: de mens, de „patiënt”, maar voor de medicus zelf.

Het is verleidelijk om van diverse al eerder aangehaalde schrijvers na te gaan welk gebruik zij maken van het begrip „medisch model”. De jonge collega, die het ziektegeval van mevrouw A. commentarieerde, had het over de benadering, de werkwijze van de arts. *Trimbos* heeft het over een mensmodel. Nuttiger is het om na te gaan welk gebruik de huisartsgeneeskunde van modellen kan maken.

Modellen voor de huisarts. Het bezig zijn als medicus, het arts zijn heeft talloze aspecten; er zijn dan ook allerlei modellen bruikbaar. *Schlemper* noemt een aantal voorbeelden van modellen in de geneeskunde. Het is heel noodzakelijk dat er meer systematische studie wordt gemaakt van allerlei processen op medisch gebied. Ik noem onderwerpen als de interactie tussen patiënt en arts, ziektegedrag, ziekte in het gezin, het opnemen van een anamnese, probleem oplossen, het stellen van de diagnose, besliskunde, behandeling. Modellen spelen een grote rol bij het onderwijs in de geneeskunde, om nog niet te spreken over het gebruik van zelfs wiskundige modellen wanneer de computer zijn intrede in de geneeskunde voortzet. Als directe toepassing zou ik drie medische modellen voor de huisartsgeneeskunde willen noemen: het mensmodel van de huis-

arts, een werkmodel voor de huisarts en een huisartsmodel: een model van de huisarts zelf.

Het mensmodel van de huisarts. Wij zijn het, geloof ik, over het mensmodel van de huisarts wel eens. Van Trommel heeft dit elders in dit nummer duidelijk beschreven. Het is mijns inziens jammer dat hij te veel aan het ziektebegrip vasthoudt; het is niet verstandig — Trimbos heeft groot gelijk — iedereen die naar de dokter gaat alleen al daarom als „zieke” te betitelen; op die manier komt men er veel te snel toe zich als arts te beperken tot het „gezezen” van die zogenaamde „zieken”, terwijl de oorzaak waarom de „patiënt” op het spreekuur komt misschien beter heel anders kan worden bestreden. Vaak is het onderscheid tussen ziekte en ziektegedrag nuttig. Het wezenlijke probleem van iemand, die keer op keer met een heel simpele verkoudheid op het spreekuur komt, is niet de ziekte, maar het ziektegedrag. In navolging van Van Trommel een illustratieve geschiedenis:

Mevrouw D. heeft vier nog jonge kinderen. Haar man is na een ernstig ongeval, nu vijf jaar geleden, invalide en bovendien gewoon lastig. Mevrouw D. heeft een duidelijke, zij het niet ernstige prolaps. Ongetwijfeld is dit een pathologische afwijking, zo men wil een ziekte, die echter niet verklaart dat zij zich gemiddeld éénmaal per veertien dagen op het spreekuur meldt met buikpijn en rugklachten. Dat weet zij zelf eigenlijk ook wel en na het uiten van de klacht en (soms) een onderzoek mondt ieder consult uit in een gesprek over haar gezondheidsproblemen, waarna zij weer iets opgewekter het spreekuur verlaat. Toch komt zij via een waarnemer bij de gynaecoloog terecht, die de prolaps ook niet in aanmerking acht te komen voor behandeling maar haar zekerheidshalve toch naar de chirurg verwijst. Deze laatste meent dat hier best eens „een chronische appendicitis achter kan zitten” en mevrouw D. wordt geopereerd.

De huisarts voelt zich niet prettig als mevrouw D. veertien dagen na de operatie komt vertellen dat zij zich in geen jaren zo goed heeft gevoeld als na de operatie. Was de ziekte toch belangrijker dan het ziektegedrag? Neen. Enige maanden later stelt het ritme van het veertiendaagse consult zich weer in. „En u was toch zo enorm opgeknapt van die operatie?” „Och dokter, dat was wel zo, maar ziet u, ik lag op zo’n gezellige zaal en wij hebben toen die tien dagen in het ziekenhuis zo heerlijk kunnen lachen”.

Een werkmodel voor de huisarts. Het probleemmodel lijkt een bijzonder bruikbaar model om de werkwijze en de doelstelling van de huisarts duidelijker te maken. Probleemoriëntatie is onder meer

door *Dijkhuis* en *Weed* beschreven. Probleemoriëntatie gaat er van uit dat een klacht betekent dat er een probleem bestaat. Gewoonlijk is dat een probleem van de klager zelf, maar het kan ook zijn dat het probleem hoofdzakelijk anderen betreft; altijd de klacht is een probleemsignaal. In veel gevallen zal het probleem door ziekte veroorzaakt of mede bepaald worden, in andere gevallen speelt ziekte geen of nauwelijks een rol; toch wordt het probleem bij de huisarts gepresenteerd, al berust het in wezen op welzijns- of andere problematiek. Giel zou het pech noemen; ziektegedrag zonder ziekte.

Zolang er nog maar weinig samenwerking is tussen welzijnszorg en gezondheidszorg zal ongetwijfeld een groot deel van de brede scala van menselijke problemen bij de huisarts terechtkomen. Zolang er nog nauwelijks gezondheidsteams (welzijnssteams? welzijnscentra?) bestaan is het de taak van de huisarts om volgens de procedure van „problem-solving” de gegevens over het probleem van patiënt of cliënt te verzamelen, die te rangschikken, het probleem zo goed mogelijk vast te stellen en de beste oplossing aan te geven.

Ongetwijfeld zal onze gezondheidszorg beter kunnen werken wanneer huisartsen in teams met maatschappelijk werkers, gedragswetenschappers en verpleegsters gaan samenwerken. Bij de diverse onderdelen van het problem-solving-proces: gegevens verzamelen en rangschikken, probleem stellen en uitvoeren van probleemoplossingen kunnen de multidisciplinaire team-genoten een belangrijke bijdrage leveren, vaak het probleem geheel voor hun rekening nemen.

Toch is het jammer dat in de vaak emotionele discussies over teamwork in de gezondheidszorg de werkwijze van de teams in de gezondheidscentra zo weinig ter sprake komt. De weinige opererende teams — Ommoord, Overvecht, Hoensbroek bevestigen het zelf in hun publikaties (*Lamberts, Blom, Van den Hout*) — ontdekten maar al te snel dat alleen er zijn als team nog niet veel betekent; dan beginnen de problemen als samenwerking in het team, taakverdeling, werkwijze eerst recht. Een antwoord op die problemen lijkt: uitwerken van modellen voor teamgezondheidszorg!

Het huisartsmodel. De taakomschrijving van de huisarts van de Woudschotenconferentie blijft een uiterst zinvolle aanduiding van een ideaal, maar is als zodanig in de praktijk een onbruikbare taakomschrijving. Het zal nodig zijn voor verbetering, verdere ontwikkeling en voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde een scherp omschreven, operationeel bruikbaar, zij het flexibele taakdefinitie van de huisarts: een huisartsmodel op te stellen.

Het is niet de bedoeling van dit artikel om daarop verder in te gaan. Een van de uitgangspunten

zou de door *Medalie* ingevoerde, door *Ten Cate* c.s. aangehaalde en onlangs door *Ian Tait* weer verder uitgewerkte indeling in niveaus van de huisartsgeneeskunde kunnen zijn:

- De huisarts als eerste-echelons-arts
- De huisarts als persoonlijk arts
- De huisarts als gezinsarts
- De huisarts als maatschappelijk arts.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap lijkt soms door de stormachtige ontwikkeling, onder meer van de universitaire huisartsgeneeskunde, in een impasse te zijn geraakt. Is er naast de instituten nog een wetenschappelijke taak voor het N.H.G.? Zal het zich bepalen tot het zijn van „mouvement”? In het verder uitwerken van een operationeel huisartsmodel ligt in elk geval een taak waarop het N.H.G. zich zal kunnen werpen met dezelfde energie als die uit de oprichtingsfase en met behulp van een nu veel beter uitgewerkt apparaat.

Bertels, K., en D. Nauta. Inleiding tot het Modelbegrip. W. de Haan, Bussum, 1969.

- Blom, J. van der en J. C. van Es (1972) huisarts en wetenschap 15, 325
- Cate, R. S. ten en medewerkers (1970) huisarts en wetenschap 13, 313.
- Bruins, C. (1971) Medisch Contact 36, 1175.
- Dijkhuis, H. J. P. M. en S. van der Kooij (1971) huisarts en wetenschap 13, 234.
- Gellner, E. A. in A dictionary of the social sciences. Unesco, J. Gould en W. C. Kolb editors, 1964.
- Giel, R. en W. C. le Nobel (1971) Ned. T. Geneesk. 115, 949.
- Giel, R. (1972) huisarts en wetenschap 15, 203.
- Giel, R. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 365.
- Hout, W. P. van den (1971) huisarts en wetenschap 14, 129.
- Kuiper, J. P. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 44; 79; 148; 188; 224; 287.
- Loon, P. C. J. van (1972) Stencil voor de conferentie over samenwerking van het N.H.I., maart 1972.
- Mechanic, D. Medical Sociology. The Free Press, New York, 1968.
- Medalie, J. H. (1965) huisarts en wetenschap 8, 333.
- Peursen, C. A. van (1965) Wijsgerig Perspectief 4, 205.
- Rogier, J. (1971) Vrij Nederland 17 april 1971.
- Schlempers, M. S. H. (1965) Wijsgerig Perspectief 4, 190.
- Tait, I. (1971) J. Royal Coll. Gen. Pract. 21, 221.
- Trimbos, C. J. B. J. (1971) Mbl. Geest. Volksgezondheid, 26, 311.
- Trommel, J. M. van (1972) huisarts en wetenschap 15, 38
- Weed, L. C. The Press of Case. Western Reserve University, Cleveland, 1969.

Integrale geneeskunde: een onmogelijke opgave?

DOOR DR. M. J. VAN TROMMEL, LECTOR HUISARTSGENEESKUNDE TE ROTTERDAM

Inleiding. Het beoefenen van „integrale geneeskunde” en het zich bedienen van een „integraal medische” denkwijze wordt op het ogenblik geacht bij uitstek tot het terrein van de huisarts te behoren. In Nederland heeft vooral *Querido* de aanzet gegeven tot de ontwikkeling van deze benaderingswijze. Genoemde auteur onderscheidde in het totaal van de betrekkingen van de mens ten opzichte van zijn omgeving drie krachtvelden: het somatische, het psychische en het sociale veld. Om optimaal te kunnen functioneren dient evenwicht te bestaan tussen deze drie velden. Verbreking van het evenwicht kan ontstaan doordat een of meer betrekkingvelden afzonderlijk of door onderlinge verschuiving, een te groot gewicht krijgen en daardoor in hun functioneren worden belemmerd. Bij het diagnostiseren van ziekten dient men volgens *Querido* zich af te vragen in welk betrekkingveld of in welke velden de evenwichtsverstoring is opgetreden, opdat men op meer verantwoorde wijze dan voorheen een passende behandeling kan instellen.

„Vooraf bij de gevallen die reeds lang onder medische aandacht waren, kan worden aangetoond, dat

Samenvatting. Het in de praktijk brengen van een integrale geneeskundige denkwijze impliceert een integrale benadering bij het stellen van een diagnose. Getracht wordt een methode aan te geven, waarbij het mogelijk is de verschillende factoren, die in de huisartspraktijk een probleem vormen, te benoemen. Het is te verwachten dat de hierop aansluitende behandeling meer op het probleem zal zijn gericht.

een groot deel van de bemoeienissen als verspild moet worden beschouwd, hetzij omdat zij het eigenlijke vraagstuk niet raakten, hetzij omdat een deel van het vraagstuk als het gehele vraagstuk werd opgelost. Men kan deze situatie vergelijken met het geval van iemand, die een vat moet vullen, doch weet dat er een scheur in de zijwand is. Hij zal eerst trachten deze opening te dichten, doch ook als hij hierin slaagt, zal hij moeten constateren dat het