

Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde

PROF. DR. F. J. A. HUYGEN*

Paradigma vind ik maar een moeilijk woord. Wat wordt er precies mee bedoeld? Het begrip is door *Kuhn* in de wetenschapstheorie ingevoerd, met name als instrument voor de analyse van de geschiedenis van de wetenschapontwikkeling. Daarop is een grote stroom reacties gevolgd. *Masterman* komt zelfs, na zorgvuldige bestudering van Kuhn's boek, tot minstens eenentwintig verschillende definities van paradigma!

De redactie van dit tijdschrift spreekt in haar uitnodiging om te schrijven over „een specifiek denkmodel voor de huisarts” en verwijst naar *Stevens* die schrijft over denkpatronen, over het doen van onderzoek, dat kan leiden tot de ontwikkeling van een theorie en over „het verschaffen van bruikbare handvatten . . .” „Vraag is ook niet”, aldus de redactie, „of er één paradigma voor de huisartsgeneeskunde bestaat, het gaat erom aan te geven welke paradigma's in de huisartsgeneeskunde belangrijk zijn.” Voor mij wordt het misschien het duidelijkst als de redactie stelt: „De vraag is niet meer, zoals in 1973, of de huisartsgeneeskunde specifiek is. De vraag is nu niet alleen op hoeveel verschillende manieren deze specificiteit naar voren komt, maar ook hoe deze begrijpelijk en operationeel gemaakt kan worden.” Ik wil trachten in het volgende hiertoe een bijdrage te leveren.

Uitgangspunten

In 1956 heb ik op het Maatschappij Congres te Nijmegen een voordracht gehouden over „de huisarts en de wetenschap” (*Huygen* 1956). Daarin stelde ik dat de



Paradigma is een moeilijk woord

*Huisarts te Lent

geneeskunde die door de huisarts wordt beoefend, een eigen ontwikkeling zou moeten doormaken en dat de eerste stap daartoe een omschrijving van het eigen terrein en de eigen taak zou moeten zijn. In een poging tot zo'n omschrijving heb ik toen gesproken van „de beoefening van een *continue, integrale en persoonlijke* geneeskunde voor de mens in zijn *eigen omgeving* (bijvoorbeeld het gezin).” De vier gecursiveerde elementen in deze omschrijving – die ik toen nader uitwerkte – zijn later door het N.H.G. overgenomen en algemeen aanvaard.

Deze elementen kunnen naar mijn idee duidelijke handvatten zijn of uitgangspunten vormen voor de ontwikkeling van een huisartsgeneeskunde. Ik heb dit toen en later in de serie artikelen „N.H.G. Quo vadis?” (*Huygen* 1958) getracht wat uit te werken en het is aantrekkelijk hierop voort te bouwen. Wanneer ik een en ander thans opnieuw overdenk, lijkt het me inderdaad goed, uit te gaan van de positie van de huisarts daar dit een kader aangeeft voor zijn eigen mogelijkheden en beperkingen. De vraag van de redactie naar (een aanzet



De vier handvatten bij de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde

tot) operationalisering dwingt echter tot een concretisering van visies in bruikbare denkeenheden, die perspectieven opleveren voor verdere wetenschappelijke ontwikkeling.

Denken over gezondheid en ziekte, een paradox

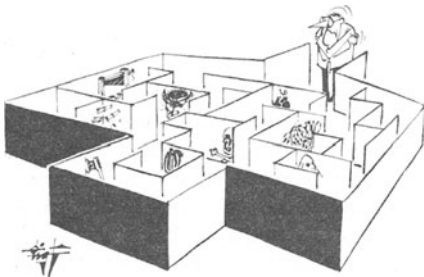
Wanneer ik de functie van de huisarts in de samenleving als uitgangspunt kies, kom ik om te beginnen tot de stelling, dat de historische ontwikkeling tot de paradoxale situatie heeft geleid, dat de huisarts als vertegenwoordiger van de (curatieve) gezondheidszorg eigenlijk buiten het hele systeem van de geïnstitutionaliseerde geneeskunde is komen te staan. Hij bemiddelt tussen de (vraag van de) bevolking en de mogelijkheden van de geneeskunde. Hij vertaalt vragen, klachten en onlust-



Een passend antwoord uit het medische systeem

gevoelens van de bevolking in medische termen en tracht dan te bezien in hoeverre het medische systeem hierop passende antwoorden kan bieden. Hij staat op de grens tussen zelfzorg en professionele zorg. Men zou misschien ook kunnen zeggen, dat hij dicht bij gezondheid staat dan bij ziekte.

De huisarts verkeert in een randpositie. Voordat de vraag aan de orde komt welk onderzoek of welke therapie in een bepaald geval geïndiceerd is, heeft hij te maken met de vraag óf professioneel onderzoek en/of therapie wel op zijn plaats is. Hij bemiddelt tussen vraag en aanbod en beoordeelt daarbij risico's. Dikwijls zal hij geneigd zijn „patiënten” buiten het hele systeem van de gezondheidszorg met zijn soms gevaarlijke labyrinten te houden. De eerste vraag die hem dikwijls gesteld wordt is: „Dokter, wat betekent dit verschijnsel, deze klacht, moet hieraan iets



Patiënt uit het gezondheidszorg-labyrint houden

gedaan worden of niet?” De beslissingen die de huisarts in dit niemandsland tussen zelfzorg en professionele zorg neemt, kunnen vérstrekkende gevolgen hebben en vereisen een specifieke deskundigheid in het beoordelen van risico's.

Een en ander impliceert, dat de huisarts een wezenlijk andere positie inneemt dan de klinische specialist. Wanneer mensen bij de laatstgenoemde komen, wordt aangenomen dat zij per definitie onderzoek en behandeling nodig hebben. Een specialist gaat daarvan dan ook reeds bij voorbaat uit en zal pas aannemen dat iemand niets bijzonders mankeert, nadat allerlei mogelijke afwijkingen door onderzoek zijn uitgesloten. De huisarts gaat eerder andersom te werk. Het verschil toespitsend (en daarmee overdrijvend) zou men kunnen zeggen: specialisten nemen aan, dat hun patiënten ziek zijn tot het tegendeel is bewezen, terwijl huisartsen eerder aannemen, dat hun patiënten in wezen gezond zijn. Ik bedoel dit niet als een woordspel, maar tracht hiermee duidelijk te maken, dat de visie van de huisarts op gezondheid en ziekte in wezen meer van die van specialisten verschilt dan dikwijls

wordt beseft. Dit verschil in visie heeft duidelijke consequenties voor de opbouw en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Men zou het voortdurende beoordelen van de vraag of medische (of andere) hulp nodig is, het wegen van de risico's en het nemen van de beslissingen een paradigma, een eigen wijze van denken van de huisartsgeneeskunde kunnen noemen.

Epidemiologisch denken in de huisartsgeneeskunde

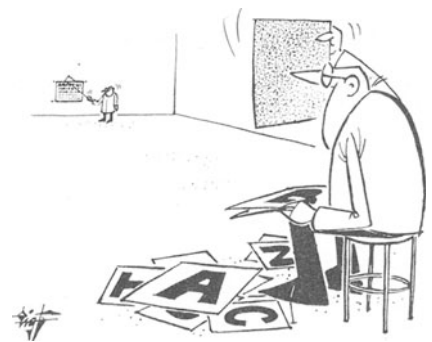
In zijn opleiding leert de arts over ziekten te denken, alsof dit entiteiten zijn. Ziekten bestaan echter niet op zichzelf, het zijn abstracties, constructies, afgeleid en opgebouwd uit zich herhalende verschijnselen bij individuen. De abstracties, die in de leerboeken gebruikt worden, zijn echter niet afgeleid uit de verschijnselen zoals deze in de eerste lijn worden waargenomen.

Het merkwaardige feit doet zich dan ook voor, dat huisartsen in de praktijk ervaren dat ziektebeelden heel anders zijn dan zij in hun basisopleiding hebben geleerd. Dit is een ervaring die men van huisartsen over de gehele wereld kan horen, terwijl men iets dergelijks niet van specialisten verneemt. De meeste ziekten waarover in algemene medische tijdschriften wordt geschreven, herkent een ervaren huisarts nog minder dan de ziekten die in zijn leerboeken werden behandeld. Veel huisartsen klagen erover, dat zij in de gangbare medische literatuur nog slechts zelden iets van hun gading kunnen vinden.

Wanneer ik het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, The Lancet, The British Medical Journal, de J.A.M.A. enzovoort lees, vraag ik mij telkens af of ik soms al die ziekten waarover zoveel geschreven wordt, over het hoofd zie, want de meeste zie ik zelden of nooit.

Toch werk ik al vijfendertig jaar lang dag in dag uit in een flinke praktijk. Wanneer ik kennis neem van de leer- en tentamenstof van de huidige studenten – hetgeen ik uit hoofde van mijn functie geregeld moet doen – herken ik mijn praktijkproblemen nog veel minder. Het lijkt over een heel andere (medische) wereld te gaan en ik moet me steeds afvragen of mijn kennis dan zó verouderd is. De defecten van mijn eigen opleiding (te veel leren over dingen waaraan ik niets had en te weinig over dingen die ik broodnodig had) zijn naar mijn mening thans nog veel groter geworden. Het verschil in morbiditeitsspectrum tussen (opleidings)kliniek en eerste lijn van de gezondheidszorg, waarop *Hodgkin* reeds in 1956 wees, is vermoedelijk sindsdien sterk toegenomen.

De belangrijkste oorzaak hiervan ligt naar



Groeiende afstand tussen klinici en wat zich buiten het ziekenhuis afspeelt

alle waarschijnlijkheid in de omstandigheid, dat zowel het onderwijs in de klinische geneeskunde als de publikaties vrijwel geheel gebaseerd zijn op het morbiditeitsspectrum dat wordt aangeboden en geselecteerd in sterk gespecialiseerde afdelingen. Bovendien lijkt het erop, dat de belangstelling van de klinische opleiders voor wat zich buiten het ziekenhuis afspeelt, nog verder is afgenomen. In een recent „leading article” wijst de redactie van The Lancet erop dat zelfs bij een goed omschreven en diagnoseerbare aandoening als aanvallen van coronairziekte, ernstige vertekeningen en omissies in de vorming van het ziektebeeld optreden wanneer men zich alleen baseert op hetgeen in het ziekenhuis gepresenteerd wordt. „Registers record what is being diagnosed, not what might be”. En verder: „In the Tower Hamlets study, the hospital view revealed a case fatality of 14,5%, with successful resuscitation in 16% of cardiac arrests. The same data, from the viewpoint of the whole community showed a case fatality of 38% and successful resuscitation in 5% of cardiac arrests.” Ook mijn eigen onderwijscontacten met klinische docenten leren mij telkens, dat deze bijzonder weinig zicht hebben op de frequentie waarin de verschillende aandoeningen in de gemeenschap voorkomen.

De epidemiologie – de leer van de verbreiding van ziekten in de bevolking en van de determinanten daarvan – zou naar mijn mening een uiterst belangrijk basisvak van de geneeskunde moeten zijn, maar heeft in de huidige opleiding nog maar een zeer bescheiden aandeel. Het is zelfs de vraag of epidemiologen van professie een tegenwicht zouden kunnen bieden voor de geschetste tendens. Zij zijn óf niet klinisch werkzaam óf specialisten in een bepaald onderdeel van de geneeskunde. Meestal zijn zij voornamelijk geïnteresseerd in het ontstaan en verloop van ziekten en tonen zij weinig belangstelling voor de vraag in

hoeverre voor die ziekten medische hulp wordt ingeroepen.

Huisartsen zouden daarom zelf moeten inventariseren en beschrijven welke gezondheidsstoornissen en ziektebeelden onder hun aandacht worden gebracht: alleen zij kunnen de verschijningsvormen, de natuurlijke historie, de behandeling en de effecten hiervan registreren.

Hoezeer diagnostische categorieën en etiketten in de geneeskunde tot stand komen in de interactie tussen arts en patiënt is mij wel heel duidelijk geworden door de continue morbiditeitsregistratie die in vier, aan het Nijmeegs Huisartsen Instituut verbonden praktijken wordt gevoerd. Tussen deze praktijken blijken zich namelijk grote en verrassende verschillen voor te doen in de frequentie van allerlei ziekten; deze verschillen houden verband met verschijnselen als de wisseling van huisarts, de komst van een arts-assistent enzovoort.

Balint en Van Lidth de Jeude hebben er reeds op gewezen, dat aard en benoeming van ziektebeelden dikwijls tot stand komen in een onderhandelingsproces, een proces van vraag en aanbod tussen arts en patiënt. Ik geloof niet dat dit specifiek is voor de huisartsgeneeskunde, dit verschijnsel speelt ook in de specialistische praktijk. Niettemin zal de betekenis hiervan groter zijn bij het zoveel vagere, minder gestructureerde aanbod van klachten in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Hier ligt een boeiend gebied voor verder wetenschappelijk onderzoek, dat niet alleen theoretisch maar ook praktisch belangrijk kan zijn. De verschillen tussen huisartspraktijken hebben immers ook grote consequenties voor de verwijzingen naar de tweede en de derde lijn.

Het beschrijven, analyseren en trachten te verklaren van gezondheidsstoornissen in de eerste lijn lijkt mij een uiterst belangrijke opgave voor de huisartsgeneeskunde. Ik zie deze taak zelfs als een fundamentele voorwaarde voor het bestaansrecht van de huisartsgeneeskunde. Dit betekent epidemiologisch onderzoek.

Bij ieder epidemiologisch onderzoek is het van kardinale betekenis, de „population at

risk” te kennen, de noemer voor het bepalen van incidenties en prevalenties.

Huisartsen verkeren hierbij ten opzichte van specialisten in het grote voordeel dat zij de omvang en samenstelling van hun praktijk kennen als een min of meer vaste populatie. Iedere huisarts overziet in zijn praktijk een bepaald omschreven gedeelte van de bevolking. De ontwikkeling van deze visie op de huisartspraktijk als „population at risk”, waarin sommigen ten aanzien van bepaalde aandoeningen méér en anderen minder risico's lopen, zie ik als een paradigma voor de huisartsgeneeskunde. Onder dit paradigma reken ik ook de ontwikkeling van de anticiperende geneeskunde, ten onzent het eerst aan de orde gesteld door Van den Dool. Deze wijze van kijken naar patiënten, waarbij getracht wordt risico's te voorzien en hierop te anticiperen, acht ik de huisarts op het lijf geschreven (Huygen 1971).

Levensloopgeneeskunde

Tijdens zijn opleiding leert de arts te denken over ziekten. Deze ziekten presenteren zich aan hem via patiënten die dragers van deze ziekten zijn. De ziekten zijn tijdens zijn opleiding de constante factor, de patiëntenpopulatie van kliniek en polikliniek is steeds wisselend. In de huisartspraktijk ligt de situatie juist andersom: de patiëntenpopulatie is betrekkelijk stabiel, de huisarts heeft te maken met in principe gezonde mensen met wisselende gezondheidsstoornissen en ziekten.

Het essentiële kenmerk waardoor het zijn patiënten zijn, is niet hun ziekte of aandoening, maar het feit dat zij hém als huisarts hebben gekozen. Als denkeenheid is de patiënt voor de huisarts (in tegenstelling tot de specialist) veel belangrijker dan de ziekte. De positie van de huisarts brengt met zich dat hij deze patiënten in principe begeleidt gedurende hun levensloop.

Morrell heeft in zijn boekje „An introduction to primary medical care” voortreffelijk beschreven hoe belangrijk het is dat de huisarts zich steeds afvraagt: waarom komt deze man of vrouw op dit moment, met deze klacht of aandoening bij mij? Ik zou deze wijze van kijken en vragen een paradigma voor de huisartsgeneeskunde wil-

len noemen. We hebben hier een bruikbaar uitgangspunt voor de ontwikkeling van een integrale geneeskunde. Daaraan kan men nog een dimensie toevoegen door deze vragen niet alleen ad hoc te bezien, maar ook in het kader van de levensloop van de patiënt. Dit doet meer recht aan het continuïteitsaspect van de huisartsgeneeskunde.

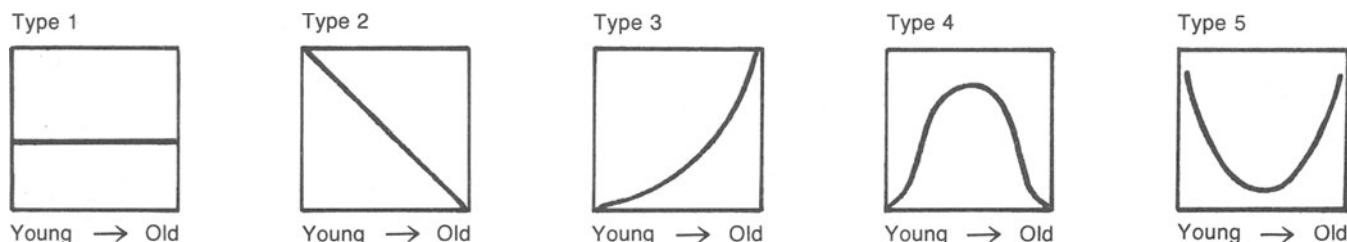
De participerende observaties van de huisarts stellen hem in principe in staat tot de ontwikkeling van een levensloopgeneeskunde, waaraan naar mijn mening juist grote behoefte is door de steeds verder gaande fragmentatie van de klinische geneeskunde. In de pediatrie en de geriatrie zijn reeds aanzetten tot een dergelijke ontwikkeling gegeven, maar de vertegenwoordigers van deze disciplines hebben in het algemeen geen vaste praktijkpopulatie en er ligt een belangrijk deel van een mensenleven tussen jeugd en ouderdom.

Dat er bij het uitzetten van de frequentie van ziekten tegen de levensloop verschillende typen zijn te onderscheiden, is reeds door Fry signaleerd; in dit verband spreekt hij van „patronen van de natuurlijke historie van ziekten” (figuur).



De huisarts als gezinsarts overziet het gezin

Figuur. Typologie van Fry. Patronen van de natuurlijke historie van ziekten.



Gezinsgeneeskunde

Een enorm voordeel voor de huisarts in Nederland is dat hij in de regel ook gezinsarts is. Hij overziet daardoor de kleine groep waarin mensen leven, wonen, eten, slapen enzovoort. Meer dan 90 procent van de bevolking leeft in gezinsverband. De invloed van deze kleine menselijke groep op gezondheid en ziekte (en vice versa) is bijzonder groot en verstrekkend.* De term „gezin” moet men in dit verband breed verstaan, het gaat om het sociale netwerk waarin allerlei interacties plaatsvinden. Daarbij is het niet belangrijk of dit nu een gezin is in de gangbare vorm, een vrije samenleving of een commune. Een gezinssysteem is méér dan een optelsom van de verschillende individuen, zoals een organisme méér is dan een optelling van afzonderlijke organen. Ieder lid staat onder invloed van de anderen en van het geheel. Het waarnemen, registreren en interpreteren van deze interacties met hun gevolgen voor gezondheid en ziekte en het opbouwen van een gezinsgeneeskunde die hiermede rekening houdt, zie ik als een eigen opgave voor de huisartsgeneeskunde. Het paradigma dat hierbij geldt, is dat ziekte niet wordt beschouwd als een individueel verschijnsel dat eventueel op anderen kan worden overgebracht, maar als een integraal bestanddeel van het menselijk leven in kleine groepen. Niet het individu, maar het gezin wordt daarbij de centrale eenheid waarmee wordt gewerkt in het denken en handelen. Het gaat er vooral om hoe men binnen deze eenheid met ziekteverschijnselen omgaat.

Niet alleen de oorzaken van deze verschijnselen zijn van belang, maar vooral ook de effecten die deze op het gezin en de afzonderlijke gezinsleden hebben. De huisarts dient zich daarbij te realiseren, dat hij niet een objectief buitenstaander is, maar grote kans loopt door zijn bemoeienissen een (verlengd) deel van het gezin te worden en invloed uit te oefenen op de interacties binnen dit systeem en tussen dit systeem en de verdere buitenwereld.

Besluit

Met het voorgaande hoop ik enkele paradigma's voor de huisartsgeneeskunde te hebben aangeduid. Voor een operationalisering en verdere ontwikkeling is nodig, dat de huisarts zich in zijn denken niet beperkt tot ziektebeelden en menselijke individuen als eenheden, maar ook rekening houdt met eenheden als het gezins-

systeem en de praktijkpopulatie. Naast denken en waarnemen is voorts nodig het nauwkeurig en geduldig registreren van deze waarnemingen en het bewerken ervan. Op dit gebied liggen opgaven voor generaties huisartsen. Daarbij zal een nauwe samenwerking met andere disciplines onontbeerlijk zijn. Men denke in dit verband niet alleen aan de epidemiologie, maar ook aan de gedrags- en menswetenschappen; de huisarts zelf is immers betrokken in een relatie met zijn patiënten.

Samenvatting. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde kunnen worden afgeleid uit de plaats en functie van de huisarts in de gemeenschap. De huisarts bemiddelt tussen de vragen van de bevolking en de mogelijkheden van de geneeskunde als professioneel systeem en hij staat op de grens tussen zelf- en mantelzorg enerzijds en professionele zorg anderzijds. Een van de paradigma's is het schatten van de vraag of medische (of andere) hulp nodig is, waarbij voortdurend risico's tegen elkaar moeten worden afgewogen. De praktijk dient daarbij als een „population at risk” te worden gezien met gradaties van risico-categorieën. Een systematisch zoeken naar antwoorden op vragen waarom deze man of vrouw op dit moment met deze klacht of aandoening bij hem komt, kan leiden tot de ontwikkeling van een levensloopgeneeskunde. Als eenheid van denken en handelen dient daarbij niet de ziekte maar het menselijk individu gebruikt te worden. Het systematisch herkennen van de kleine groep waarin mensen in zijn praktijk samenleven als een eigen systeem van interacties op het gebied van gezondheid en ziekte en het hanteren van deze eenheid in het denken en handelen van de huisarts kan leiden tot de ontwikkeling van een breed georiënteerde gezinsgeneeskunde.

Summary. Paradigms for general medicine. Paradigms for general medicine can be deduced from the position and function of the general practitioner in the community. The general practitioner mediates between the questions of the population and the possibilities of medicine as a professional system, and he stands on the boundary between self-care and general care on the one hand, and professional care on the other. One of the paradigms is the estimation of the question whether medical (or other) care is required, which involves a constant weighing of relative risks. The practice population should in this context be regarded as a population at risk, with gradations of risk categories.

A systematic search for answers to the question why this particular man or woman presents at this particular moment with this particular condition or complaint, can lead to the development of a system

which could be called course-of-life medicine. The unit of thought and action to be used in this system should be, not the disease but the human individual. Systematic identification of the small group in which individuals in the practice population live together as an autonomic system of interactions at the level of health and illness, and the use of this unit in the general practitioner's thoughts and actions, can lead to the development of a broad-based system of family medicine.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing Comp., London, 1957.
- Dool, C. W. A. van den (1970) huisarts en wetenschap 13, 59-62.
- Fry, J. (1977) J. roy. Coll. Gen. Practit. 27, 13.
- Hodgkin, K. (1956) Lancet I, 373.
- Huygen, F. J. A. (1956) Medisch Contact 11, 730-739.
- Huygen, F. J. A. (1958) huisarts en wetenschap 2, 197; (1959) huisarts en wetenschap 3, 12, 54 en 135.
- Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447-451.
- Huygen, F. J. A. Family Medicine, the medical life history of families. Dekker en van de Vegt, Nijmegen, 1978.
- Kuhn, Th. The structure of scientific revolutions. Chicago, 1962.
- Leading article (1978) Lancet II, 195-196.
- Lidth de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.
- Masterman, M. The nature of paradigm. In: Lahitos, J. en A. Musgrave. Criticism and the growth of knowledge. London, New York, 1970.
- Medalie, J. H. Family Medicine - principles and applications. The Williams and Wilkins Comp., Baltimore, 1978.
- Morrell, D. C. An introduction to primary medical care. Churchill Livingstone, Edinburgh, New York, 1976.
- Stevens, J. L. (1977) J. roy. Coll. Gen. Practit. 27, 455-466.

Adres van de auteur: Pastoor van Laakstraat 52, Lent

* Men zie hierover mijn recent gepubliceerde boek (Huygen 1978) en voorts het in Amerika verschenen leerboek over Family Medicine van Medalie.