

De neus van Cleopatra

Paradigmatische verkenningen

DR. K. GILL*

*La vérité est en marche,
rien ne peut plus l'arrêter.*

Emile Zola, 1840-1902

„Ware de neus van Cleopatra minder fijn gevormd dan hij was gevormd, de geschiedenis zou anders zijn gelopen”, heeft Pascal eens gezegd. Een vreemde introïtus, maar toch . . .

Veel ontwikkelingen lijken een min of meer voorspelbaar verloop te hebben. Externe factoren kunnen echter zo'n fundamentele invloed uitoefenen, dat een bepaalde ontwikkeling een geheel ander verloop krijgt dan was te voorzien. Als de wat speculatieve verwachtingen ten aanzien van een post-industriële maatschappij van de socioloog Daniel Bell bewaarheid worden – en daar begint het op te lijken – zal men rekening moeten houden met grote economische, technologische en sociologische veranderingen. Welke repercussies zal de komende „service society” – of „information society” of „knowledge society” – hebben voor de huisartsgeneeskunde? Ik denk hierbij aan de expansieve ontwikkeling van de medisch-technologische mogelijkheden, aan structurele veranderingen in de gezondheidszorg door politieke besluitvorming en aan de zich ontwikkelende „defensive medicine”.



De neus van Cleopatra

De kritische lezer zal nu dit artikel weggelaten omdat hij niet van if-history is gediend. Laat ik hem geruststellen. Iedere geschiedschrijver doet aan if-history; dit artikel wordt echter geen geschiedschrijving of futurologie, maar een verkenning in huisartsenland anno 1978 om vast te stellen of er (al) een paradigma is.

Wat is een paradigma?

Paradigma is afgeleid van het Griekse „paradeigma”, dat betekent voorbeeld, toonbeeld, model, bewijs en ook waarschuwend voorbeeld of waarschuwing.

Kuhn ziet een paradigma als een sleutel van wetenschapsopvatting, als een theorie of een denkstructuur voor een langere periode, die voltooid kan worden beschouwd als deze aan enkele wetenschapstheoretische vragen heeft beantwoord. Voor de huisartsgeneeskunde zouden deze vragen kunnen luiden:

- Wat zijn de doelstellingen en waarden van het huisartsgeneeskundig handelen?
- Wat en hoe doet de arts als hij huisartsgeneeskundig bezig is?
- Wat is als specifiek in de huisartsgeneeskunde te karakteriseren?

Het is duidelijk dat hier een nieuw paradigma wordt bedoeld, nieuw in tegenstelling tot het traditionele paradigma. Het gaat dus om een bezinning op een nieuwe of vernieuwde wetenschapstheorie en de waarden die hierin liggen verankerd.

Laird omschrijft het paradigma als een abstracte constructie die richting aan het denken geeft en in beperkte mate expansie en veranderingen toelaat. Met andere woorden, een paradigma is een richtinggevend denkstructuur, een filosofie

die naar een eigen identiteit en een eigen karakter wijst.

Jenner, de vader van de immunisatie die in 1796 het infectieuze materiaal van koepokken gebruikte om mensen te immuniseren, gaf ons daarmee een paradigma. Als voorbeeld denk ik ook aan de evolutietheorie die Charles Darwin in 1859 in zijn boek „On the origin of species” publiceerde. Hij gaf daarin een paradigma dat weliswaar nog verder kon worden uitgewerkt, maar theoretisch stevig was onderbouwd door de veranderlijkheid, de ordelijkheid en de innerlijke consistentie. Gregor Mendel lanceerde in 1865 een soortgelijk paradigma, toen hij zijn studie over de wetmatigheid van erfelijke eigenschappen bekend maakte.

Bij het instellen van de eerste leerstoel huisartsgeneeskunde te Utrecht lag er geen tractaat, geen homogene kennis eenheid en derhalve geen gestructureerde onderwijsvorm klaar. Wel bestonden er waarnemingen en gedachten als producten van een bewustzijnsproces; daarnaast diepe verlangens naar een logische ordening van een groot toepassingsgebied en naar een eigen identiteit: een universitaire institutionalisering van de huisartsgeneeskunde. Maar dit alles moest nog tot ontplooiing komen; er waren wetenschapsmensen zonder wetenschap (*Koningsveld*).

„Idenen” en huisartsgeneeskunde

Na mijn beschouwing over het paradigma zal ik in deze verkenning uitgaan van een nieuwe, dynamische denkrichting die bezig is zich los te maken van het klassieke paradigma en veranderingen en expansie toelaat en daarbij verwijst naar een denkkader.

In het menselijk bestaan is het zoeken naar andere en nieuwe vormen geen novum. De geschiedenis van de mens is er vol van. Wij behoeven maar te denken aan de tijd van de Verlichting, toen De Montesquieu, Rousseau en anderen op pregnante wijze naar nieuwe vormen zochten. Naar analogie van de leer van de genen, de dragers van de erfelijke eigenschappen, spreekt de behavioral scientist Henry Murray van „idenen” als dragers van de sociale evolutie, dragende kernen van de vooruitgang. De Montesquieu verkondigde met zijn onderscheid tussen de wetgevende, uitvoerende en rechterlijke macht eveneens idenen, die door de geest en in de letter der wetten een nieuw evenwicht brachten. Voorwaarden voor idenen zijn:

- het dienen van het milieu, de mens en zijn ontwikkeling; vertaald voor de huis-

* Huisarts te Zwammerdam

artsgeneeskunde: bescherming van de gezondheid, herstel van de gestoorde gezondheid, begeleiding bij de terugkeer naar de maatschappij en verlichting van het lijden van de individuele mens;

- vrij wetenschappelijk onderzoek, waarbij wordt gestreefd naar instandhouding en innovatie van het verworvene;
- een maatschappelijke organisatie, die zo ruim mogelijk vrijheid laat voor de gemotiveerdheid van de menselijke creativiteit met haar wonderlijke mogelijkheden. De structuur van de idenen moet dus ruimte bieden voor expansie en veranderingen overeenkomstig *Lairds* opvatting van het paradigma.

De eerste voorwaarde waaraan idenen moeten voldoen, het dienen van het milieu, de mens en zijn ontwikkeling stoelt op een wezenskenmerk van alle hulpverleners in de geneeskunde, de gerichtheid op het welzijn van het individu, veelal toegespitst op de gezondheid en het bestrijden van ziekten, gezien in de context van het adaptatievermogen van de medemens in zijn eco-sfeer. In de begeleiding bij de overgang van „ziek zijn” naar de maatschappij en van het ziekenhuis naar huis onderscheidt de huisarts zich van andere medische hulpverleners door zijn brugfunctie.

Voor de huisarts is het begrip „ziek zijn”, een bepaalde manier van „zijn”, snel geëvolueerd. Omstreeks 1900 raadpleegde men de dokter als men ernstig ziek was. Rond 1935 zochten mensen die zich niet goed voelden contact met de dokter; zij vormden de groep van de „early sick”. In het afgelopen decennium verschijnt dan een derde groep die lichamelijk gezond is, maar zich zorgen maakt over de gezondheid, de „worried well” (Garfield). De laatste twee groepen hebben de somatisch opgeleide (huis)arts van weleer in verwarring gebracht. Hij miste de psychosociale begeleiding in opleiding en praktijkvoering, mede omdat subjectieve fenomenen veel moeilijker objectiveerbaar en hanteerbaar zijn dan de fenomenen van de somatische geneeskunde.

Al lijkt op het eerste gezicht de tweede voorwaarde voor de idenen der huisartsgeneeskunde, vrij wetenschappelijk onderzoek, identiek met de idenen van de intramurale geneeskunde en andere wetenschappen, spoedig blijkt dat het vrij wetenschappelijk onderzoek voor de nieuwe discipline een geëigende methodologie vereist.

Zover mij bekend, heeft in de jonge geschiedenis van de huisartsgeneeskunde het wetenschappelijk onderzoek twee keer centraal gestaan. In mei 1964 werden



De huisarts werpt een blik op de voorbijgaande schepen der wetenschap

hieraan in Eindhoven twee studiedagen gewijd. De sprekers waren voornamelijk praktizerende huisartsen. Een medisch specialist, Professor Tausk, wenste de huisartsen toe „vanaf de wal af en toe een blik te werpen op de voorbijgaande schepen der wetenschap, eens aan te monteren voor een reis, wetende dat veel werk u wacht, dat de duur van de reis niet van te voren vast staat, dat het onzeker is of u het doel zult bereiken, maar dat u de vreugde zult smaken van het varen”. Bezoedigende woorden bij een zoekend begin.

De tweede bezinning vond plaats op 22 en 23 maart 1973 te Doorn. Vier sociologen, *Vercruyssen*, *Philipsen*, *Diederiks* en *Van der Zee* uitten zelfverzekerd diepgaande kritiek op het sociaalwetenschappelijk onderzoek van de huisarts, hetgeen niet leidde tot een dialoog, maar tot een mischien wat gekrenkt stilzwijgen. Weliswaar werd het bestaansrecht van de huisartsgeneeskunde niet ontkend, maar de methodologie van de avant-garde werd afgewezen. De vijf jaar tevoren geïnstitutionaliseerde huisartsgeneeskunde, zo sterk gericht op het individu en diens sociale omgeving en nog gekenmerkt door onvoldoende reikwijdte en diepgang, kreeg een les vanuit een wetenschappelijke discipline die na de eerste wereldoorlog is ontstaan (*Goddijn* en *Thoenes*) en zich voornamelijk richt op de samenleving, het gedrag, de waarden, doeleinden en normen van mensen in groepen. Over de voldoening, het plezier en de bekoring van wetenschappelijke arbeid, over het avontuur werd niet gerept. Innovatie van het verworvene . . . , dat betekent falen en slagen, en dat kost tijd, geld, moeite en pijn (*Van der Reyden*).

Het woord wetenschap is gevallen. De huisarts weet hoe aan het eind van de wetenschap de toepassing komt, „the utilisation of knowledge”, nodig voor een goede frontmentaliteit. Maar de toepassing, aldus *De Froe*, volgt niet dwingend uit de wetenschap, de moeizame weg van enkelen naar een gemakkelijker, veiliger en aangener leven voor velen. De huisartsgeneeskunde bevindt zich nog in

het stadium van de eerste creativiteit, van zoekprocedures en van het zoeken naar een eigen identiteit. Daarbij zijn het de intuïtie, de scientia intuitiva, de derde soort kennis van Spinoza en volgens Bergson de diepste grondslag van het scheppend denken, alsmede de „stilzwijgende voor-kennis”, „the tacit knowledge” (*Polanyi*), die de huisarts in staat moeten stellen het ware van het onware te onderscheiden. Het attributieve tijdperk, ingeleid door het instellen van de eerste leerstoel huisartsgeneeskunde, begint met het opkomen van een nieuwe (wetenschappelijke) discipline, die aanvankelijk wordt omschreven als basisgeneeskunde, een wijze van functioneren, medische beslistkunde, thuisgeneeskunde, situatiespecialisme en gezinsgeneeskunde. Ik zou deze aanduidingen van huisartsgeneeskunde voorbeelden van het zachte paradigma willen noemen. Zij geven richting aan het op handen zijnde harde paradigma en kun-



De eerste leerstoel huisartsgeneeskunde

nen daarvan later een onderdeel blijken te zijn respectievelijk worden.

Het begin van de huisartsgeneeskunde kenmerkt zich door:

- een zoeken naar evenwicht tussen een introvert gerichte wetenschapsbeoefening, „discipline-oriented” en de extraverte, op de praktijk gerichte hulpverlening, „mission-oriented”, zoals *Weinberg* deze facetten van één wetenschap noemt;
- het kennis en inzicht verwerven van nieuwe doelen en waarden, die als zodanig niet nieuw zijn.

Een maatschappelijke organisatie die ruimte biedt voor menselijke creativiteit is de derde in de reeks van *Murray's* voorwaarden voor idenen. Is die organisatie de grootst gemene deler van de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Universitaire Huisartsen Instututen? Ik laat het antwoord graag aan de lezer over.

Het functioneren van de huisarts

Deze verkenningen bepaalden zich tot nu toe tot de huisartsgeneeskunde, de pro-

fessie. Thans richten wij onze aandacht op een antropologische benadering van „de” huisarts, hulpverlener in de eerste lijn van de gezondheidszorg die bij de gratie van de vraag om hulp van zijn patiënt functioneert. In eerste aanleg functioneert de huisarts in zeer veel gebieden van de geneeskunde. Hij onderzoekt, adviseert en behandelt in deze gebieden in een sfeer van continuïteit en leert daarin het referentiekader van zijn patiënt kennen. Huisarts en patiënt gaan dan een, zo mogelijk duurzame „tweezaamheid” aan.

Over de patiënt en zijn dokter schrijft *Erasmus* in „De lof der geneeskunde” (1518): „Maar niet alleen voor het lichaam, hetwelk het geringste deel des mensen is, draagt de geneesheer zorg, neen, voor de gehele mens, al neemt de geneesheer niet zoals de godgeleerde de ziel maar het lichaam als uitgangspunt”. De gehele mens, met het lichaam als uitgangspunt. . .

Bijna vierhonderdvijftig jaar later schrijft *Buma*, dat in tien praktijken van N.H.G.-leden tweeënzestig procent van de aandoeningen uitsluitend lichamelijk was, „hetgeen het somatisch-biologisch aspect van de huisartsgeneeskunst bevestigt”.

Erasmus geeft in 1518 een eigentijds beeld van de huisarts: „Immers, wanneer men nagaat, een hoe veelvuldige verscheidenheid van menselijke lichamen er is, veroorzaakt door het verschil in leeftijd, geslacht, landstreek, klimaat, opvoeding, bedrijf en levenswijze; welke oneindige verschillen er zijn in zoveel duizenden kruiden, die elk op een andere plaats groeien, om nog maar te zwijgen van de overige geneesmiddelen; vervolgens, hoevele soorten van ziekten er bestaan, waarvan er volgens Plinius driehonderd met name zijn overgeleverd, nog daargelaten de onderverdelingen dier soorten. . . en zonder te letten op de nieuwe ziekten, die er dagelijks bijkomen. . .; terwijl ik maar met stilzwijgen voorbijga de dikwijls bedriegelijke symptomen van ziekten, hetzij men de kleur beschouwt of de tekens der urine onderzoekt of de polsslagen waarneemt, daar het de schijn heeft, alsof de ziekten er zich op toeleggen, om haar vijand, de arts, te bedriegen en te misleiden”.

De soms verstikkende uitgebreidheid van het terrein van de huisarts – la médecine omnipraticienne – accentueert *Erasmus* met de woorden: „Er is letterlijk geen deel van het leven, dat zonder de hulp der geneeskunde behoorlijk kan geregeld worden”. Zegt *Annis Gillie* in 1963 niet hetzelfde met „The general practitioner’s field of work has no formal limit”? Is het genie *Erasmus* de ziener van dingen die

Illich, Béraud en *Mahler* nu voor ons verwoorden? Eigenlijk gelden de eigenschappen die *Erasmus* zo graag in de geneesheer verenigd ziet, zoals kundigheid, betrouwbaarheid, zorg, hulpvaardigheid, angstvallige nauwgezetheid, kennis, trouw en ijver nog onverminderd.

De nadruk is in dit hoofdstuk voornamelijk gevallen op de wijze waarop de huisarts wil functioneren en deze beschouwing is in een historisch perspectief geplaatst, omdat dit zoveel actuele elementen bevat. Waar hij wil functioneren ligt besloten in de term huisarts: dicht bij de patiënt, met de nadruk op een verkleining van de afstand. Dit houdt meer in dan de geografische afstand; het duidt op waarden als relatie, bereikbaarheid, humaniteit en de tijd hebben – de vierde dimensie in de geneeskunde –.

Een ander aspect van de kleine afstand vormen de leefgewoonten en de levensomstandigheden die bij uitstek tijdens de visitie thuis, in de eigen omgeving van de patiënt kunnen worden waargenomen. „Der Hausbesuch”, aldus *Pillau*, „ist also eine wichtige Informationsquelle über die nächste Umgebung des Patienten.” Dit unieke facet van de huisartsgeneeskunde zal in de naaste toekomst veel aandacht vergen in verband met de algemeen zichtbare verschuiving van de visite naar het consult, in relatie tot „life-style diseases”. In dezelfde context vinden wij ook de twijfels, de onzekerheden en de waarden daarvan.

Het is voor mij moeilijk te begrijpen dat zo nu en dan het woord specialisatie de kop opsteekt. De huisarts zou een specialist zijn of worden. Specialist voor bepaalde categorieën, leeftijdsgroepen of ziektebeelden? Ik denk aan de woorden van *Tilma*, dertig jaar huisarts te Kollum en Paterswolde, „dat specialismes tot verwaarlozing der individualiteit leiden, aldus tot eenzijdigheid en tot zelfverzekerdheid der eenzijdigheid”.

Wie de huisartsgeneeskunde wat langer kent, ervaart juist dat deze vorm van hulpverlening zich als genuanceerder ontpopt dan wij aanvankelijk hebben verwacht. Het zijn voornamelijk deze nuances – die ik zou willen omschrijven als het betrekken van het alfa-denken in het bèta-denken – die nog wachten op beschrijving en wetenschappelijke bewerking. Zij kunnen een bijdrage leveren aan de leertheoretische aspecten, aan het stramien, de structuur en misschien aan het paradigma van de huisartsgeneeskunde. Deze rijk geschakeerde nuances zullen een plaats moeten krijgen in het ideaal van de huisartsgeneeskunde, dat is het evenwicht tussen methodologisch besef zonder methodologische verabsolutering, onder-

zoek in de huisartspraktijk, onderwijs aan aanstaande beroepsgenoten en regelmatige confrontatie met de zorg voor patiënten. Een al te grote veranderzucht kan de verwezenlijking van dit ideaal verstoren en tot een operette-achtige huisartsgeneeskunde leiden. Het is meer dan toeval, dat de demystificatie van de medische technologie (*Mahler*) en heroïek samenvalt met de institutionalisering en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Pre-paradigma en oergeneeskunde

De aarde is rijp geworden om de graankorrels „huisartsgeneeskunde” te zaaien, opdat zij zich op kunnen richten om stengels met volle korenaren voort te brengen. Daarmee zou ik willen stellen dat de huisartsgeneeskunde zich in de pre-paradigmatische periode bevindt.

Anderzijds kan worden gesteld dat de huisartsgeneeskunde de oergeneeskunde, de moedervorm van de geneeskunde is, waaruit allereerst huisartsen en later specialisten en superspecialisten zijn ontstaan. De bodem echter, het ziekenhuis, was niet de goede plaats waar de huisartsgeneeskunde tot optimale ontplooiing kon komen. Die plaats is nu definitief verlegd van intramuraal naar extramuraal, van ziekenhuis naar huis, van ziekenhuisbed naar eigen bed. Die ontwikkeling zou ik een paradigmatische gebeurtenis van de eerste orde willen noemen. Huisartsopleiding in handen van huisartsen, specialistenopleiding in handen van specialisten.

Daarmee hebben de specialisten bewust van de denkwijze van de continue begeleiding van de totale mens in zijn eco-sfeer, van de verstandhouding tussen de individuele mens en zijn natuur, zijn werk en zijn gezin zowel letterlijk als figuurlijk afstand genomen. Zij hebben zich in clusters, in de stedelijke agglomeraties binnen de muren van de medische bolwerken gevestigd, dat is geografisch gedistantieerd van de patiënt.

De huisarts is de moedervorm, de algemene geneeskunde trouw gebleven en zal bij de steeds verdergaande analytische, ziektegerichte specialisatie moeten zorgen voor persoongerichte synthese, integratie en organisatie. Zowel specialist als huisarts zullen door deze gang van zaken dienen te waken tegen vervreemding van elkaar.

De patiënt, hulpvrager, consument, cliënt

Hiervoor is gesteld, dat de huisarts functioneert bij de gratie van de vraag om hulp

van zijn patiënt. Die patiënt heeft in het jongste verleden verschillende namen gekregen. Houdt deze pluriforme benaming verband met een ambivalentie tussen eerbied en baatzucht, tussen machteloosheid en macht of tussen kwetsbaarheid en heerszucht? Of is zij een uiting van gebrek aan identiteit? De etymoloog *De Vries* stelt dat het woord patiënt bij de taal der medici behoort. De rol van zieke wordt ermee aanvaard.

Hulpvrager verwijst louter en alleen naar het vragen of inroepen van hulp en zegt niets over de vorm en inhoud van die vraag.

Als wij over de consument spreken, denken wij aan de medische consumptie, onder- en overconsumptie en aan de financiële barrières die moeten worden genomen bij het inroepen van medische hulp. De cliënt is historisch gezien de afhankelijke volgeling van een aanzienlijke Romein, degene die in bescherming wordt genomen (Frans), die de hulp van een advocaat of notaris heeft ingeroepen, degene die wordt gehoord door de maatschappelijk werker. Zijn zij allen eo ipso onvrij omdat zij de rol van vragenden vervullen? Tintelt de menselijke waardigheid van de patiënt wel genoeg in deze benamingen door? Getuigen deze voldoende van het feit, dat de patiënt niet alleen reparatie van zijn lichaam of correctie van zijn psyche, maar zorg en hulp voor zijn mens zijn verlangd? Moet de huisarts niet, wil hij een mens helpen, daartoe deze mens kennen in de biosociale levensloop, die nu is verstoord door zijn ziek zijn?

Bremer (1972) ziet de subjectieve benadering van het ziek zijn door dichters als een benadering die door artsen vaak ten onrechte wordt afgeweerd, omdat het hun werkelijkheid alleen maar complexer maakt dan zij al is. Dat neemt niet weg, dat de zorg van de huisarts doorgaans toch meer subject- dan objectgericht is. Daardoor wordt de huisarts(geneeskunde) als het ware verblind en is zij te weinig in staat, de patiënt „als zelfstandige bron van wensen en verlangens en als beoordelaar van zijn eigen situatie” (*Van Gunsteren*) te zien.

Ik meen dat hier voor de huisartsgeneeskunde een specifieke taak ligt, temeer omdat de huisarts zich beroept op de kleine afstand tussen arts en patiënt. Hij is de arts van het eerste contact en van de continue begeleiding. *Van Gunsteren* is van oordeel dat de patiënt in de besturings- en organisatieschema's van de gezondheidszorg ontbreekt. „De patiënt hangt er helemaal bij”. De gezondheidszorg mist daarmee de „onmisbare bijdrage van de uiteindelijk betrokkenen” – de

„feed back vanuit het veld” – en wordt uitsluitend bepaald door professionals, doktoren en managers.

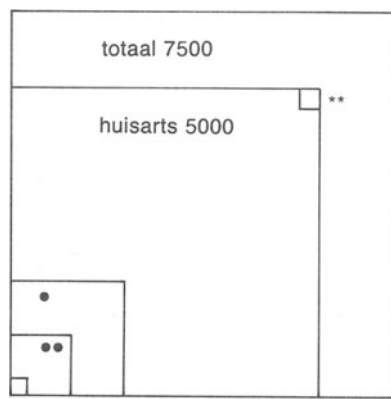
Richten artsen dan toch nog meer het oog op de ziekten dan op de zieken? Zouden wij toch nog in staat zijn te doen, hetgeen de Engelse wijsgeer Francis Bacon (1561-1626) in een essay (1597) stelt: „cure the disease and kill the patient”? Ik denk dat metafysisch onderzoek, onderzoek naar de fundamentele kennis en werkelijkheid van het patiënt zijn en ziek zijn nodig is om tot een kennisleer hiervan te komen.

„Psychologie van het ziekbed” van *Van den Berg* is als een eerste en goede aanzet hiertoe te beschouwen. Dan pas kan de tweede wetenschapstheoretische vraag, wat en hoe doet de arts als hij huisartsgeneeskundig bezig is, in paradigmatische zin worden beantwoord. Toch is het antwoord op deze vraag reeds nu te benaderen. Laten wij daartoe eerst twee diagrammen nader bekijken.

Bremer (1964) geeft in zijn dissertatie een beeld van het werk van de huisarts (*figuur 1*), terwijl *Hicks* in een diagram, gebaseerd op een kwantificering volgens Spencer, weergeeft hoe de verhoudingen zijn die een bevolking vertoont op verschillende risiconiveaus ten opzichte van de vormen van gezondheidszorg (*figuur 2*). De weg die de patiënt aflegt door de gezondheidsgebieden, gaat in het diagram van Hicks van links naar rechts en hopelijk weer terug.

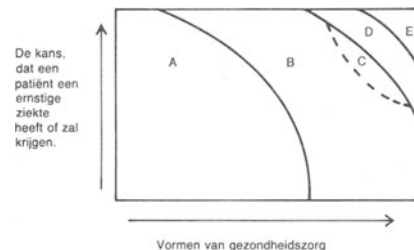
Terwijl *Bremer* expliciet over ziektegevallen spreekt, geeft *Hicks* het beeld van de consultaties, dus zowel ziekte- als probleemgedrag in relatie tot verschillende risiconiveaus. Beide diagrammen visualiseren dat het morbiditeitspatroon in een

Figuur 1. Aantal ziektegevallen, dat zich in een jaar voordoet in een praktijk van 2500 zielen.



Totaal aantal ziektegevallen 7500
 Hiervan ziet de huisarts er 5000
 en de specialist (●) 750
 Opgenomen worden hiervan (●●) 200
 In het ziekenhuis overlijden 7 patiënten (*),
 thuis overlijden 12 patiënten (**).

Figuur 2. Verhoudingen, die de bevolking vertoont op verschillende risiconiveaus ten opzichte van de vormen van gezondheidszorg.



- A Wordt niet door de huisarts gezien; inclusief zelf-medicatie
- B Gebied van de huisarts
- C Uitsluitend voor diagnose verwezen
- D Verwezen naar de specialist (poliklinisch)
- E Opgenomen in het ziekenhuis

populatie door huisartsen kan worden onderzocht. De specialisten zien slechts een geselecteerd deel van de patiënten respectievelijk hun ziektebeelden. Het gebied, dat niet door de huisarts wordt gezien (2500 ziektegevallen in het diagram van *Bremer*, gebied A in het diagram van *Hicks*), wordt ingenomen door de non-professionele geneeskunde, waar de verantwoordelijkheid grotendeels bij de mensen zelf ligt.

Het is goed zich te realiseren, dat dit tevens het gebied van de alternatieve geneeskunde is en dat de patiënt zich daar in de pre-symptomatische fase kan bevinden. Tevens moeten wij in het oog houden, dat in het gebied A van *Hicks* het „patient-



Meer warmte aan het ziekbed

delay” op de loer ligt. Het is verdedigbaar, alle gebieden in het aandachtsveld van de huisarts te betrekken, want zowel het gebied van 2500 ziektegevallen van *Bremer*, als het gebied A van *Hicks* kan worden ingevuld met activiteiten als preventie, het bevorderen van gezondheid, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en signalering door wijkverpleegster en maatschappelijk werker aan de huisarts. Anderzijds heeft *De Melker* gewezen op de taak van de huisarts in de intramuraal gebieden van de gezondheidszorg. Naast

de geperfectioneerde „cure” in het ziekenhuis verlangt de patiënt juist daar naar „care”, naar psychosociale begeleiding vanuit een vertrouwd en bekend kader, het thuisfront. Warmte en empathie vertegenwoordigen in deze context grotere waarden dan professie en deskundigheid. Deze gebiedsuitbreidingen betekenen een verzwaring van de taak en de verantwoordelijkheid van de huisarts. Gegeven een toenemende belangstelling vóór en erkenning van de betekenis van longitudinale registratie van patiëntengegevens, acht ik de huisarts binnen afzienbare tijd in staat, op vrijwel alle risiconiveaus en vanuit verschillende echelons, op elk moment integraal van de toestand van zijn patiënten op de hoogte te zijn. Tegen die tijd zullen de muren tussen „cure” en „care”, tussen intra- en extramuraal zijn verdwenen. Dat zal de patiënt ten goede komen.

Samenwerken

Men kan nog overzien hoe de samenwerking van huisartsen in het jongste verleden is verlopen. Deze begon in 1920 met een monodisciplinaire samenwerking te Eindhoven. Het heeft tot de tweede helft van de zestiger jaren geduurd alvorens van een multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra kon worden gesproken. Deze ontwikkeling heeft zich daarna in ons land - zij het met grote provinciale verschillen - voortgezet. Uit een onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut blijkt dat per 1 september 1977 bijna dertig procent van de huisartsen in enigerlei vorm (groepspraktijk, gezondheidscentrum of associatie) samenwerkt. Naast de multidisciplinaire samenwerking van de drie kerndisciplines huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werker, gekenmerkt door geringe sociale afstand (*Van Doorn en Lammers*), ontwikkelen zich allerlei andere vormen van samenwerking met de fysiotherapeut, de psycholoog, de apotheker, de verloskundige, de tandarts, de diëtiste, de leidster van de gezins- en bejaardenhulp en de pastor. Als laatste in deze rij wil ik de jurist vermelden, omdat ik in toenemende mate van zijn deskundigheid gebruik maak en deze als een steun in de praktijk ondervind. Tegen het einde van de vijftiger jaren is inmiddels ook de professionele doktersassistente in de solopraktijk van de huisarts verschenen. Zij is, vooral in de beginperiode, doorgaans in dienst van de huisarts.

Deze ontwikkelingen zijn voor de huisarts in die zin van betekenis, dat zijn aandacht niet beperkt kan blijven tot de dagelijkse praktijkvoering en het verwerven van

nieuwe kennis op het eigen vakgebied, maar zich ook moet richten op de terreinen van de psychologie, de agologie, de sociologie en misschien wel de bedrijfseconomie. Van deze „sub-facultatieve” onderwerpen zou ik willen noemen de groepsdynamische processen, leiding en agogische begeleiding, interactie, communicatie en sociale afstand, maar evenzeer taakdifferentiatie, coördinatie, planning, uitvoering en delegatie. Ik zwijg dan over de menselijke ecologie, waarbij de ecoloog belangstelling vraagt voor de problematiek van de relatie tussen mens en milieu en over de humanistische geneeskunde, waarin arts en patiënt zich als mens in een „tweezame” samenwerking trachten te verwerkelijken.

Ik heb mij, met de woorden van Annie Romein, reeds afgevraagd of wij in deze stroomversnelling van allerlei ontwikkelingen niet de lente overslaan (1978). Anderzijds getuigt de jonge huisartsgeneeskunde nu reeds van een universitas scientiarum, een samenhang der wetenschappen (*Stellingwerff*). De weg van de huisartsgeneeskunde naar een universitas magistrorum et scholarium zal nog veel overleg en bezinning, dat betekent tijd, geld en energie vragen.

Samenvattend zou ik de samenwerking van de huisarts met andere disciplines eveneens willen rangschikken onder de voorbeelden van het zachte paradigma. In hoeverre geïntegreerde samenwerking in grotere omvang tot een richtinggevende en consistente denkstructuur wordt, zal de naaste toekomst leren.

Taal

Tijdens de vele gesprekken die de huisarts dagelijks met zijn patiënten heeft, is hij bezig met een levensvorm (*Wittgenstein*) die zich uit in woord, sfeer, gebaar en ge-laat. De taal is een dimensie in het (huisarts)geneeskundig handelen, die meer aandacht verdient dan zij thans in de vrijblijvende gespreks cursus en gespreks-groep krijgt. Het leven voltrekt zich immers in de taal. De evangelist Johannes vertolkt deze opvatting met „In den beginne was het Woord. (...) Alle dingen zijn door het Woord geworden en zonder dit is geen ding geworden dat geworden is.”

Over de macht van het woord schrijft *Gott-helf*: „Het woord is oneindig veel machtiger dan het zwaard en wie het weet te hanteren in een sterke, wijze hand, is veel machtiger dan de machtigste koning.” De semantiek van onze taal zou in een pragmatisme moeten worden opgenomen in het huisartsgeneeskundig onderwijs. Misschien is in het jongste verleden te veel

de nadruk gevallen op het gesprek en te weinig op het luisteren. Ik ken althans geen luistercursus. Bestaat er een „close listening”, zoals er een „close reading” bestaat? De tragedie van het niet kunnen luisteren schildert *Van den Berg* met de „ont-lading” van de vraag „hoe gaat het met u?” „die even conventioneel is als het gebaar, waarmee de bezoekers hun hoed op het bed en hun jas over de stoel leggen. De bezoekers verwachten nauwelijks antwoord en de zieke merkt dat”.

De verstrengeling van de verbale en de extra-verbale verschijnselen geven de zieke de zekerheid „dat zijn woorden langs de bezoekers heenglijden, hij ziet hen denken aan andere dingen, terwijl zij belangstellend trachten te luisteren”. Het taalgebruik met de patiënt, de samenwerker en de collega is, evenals het taalgebruik in het wetenschappelijk onderzoek van de huisarts, nog weinig onderwerp van studie geweest en vertoont weinig eenduidigheid. Een bezinning op wezen en functie van de taal zal nodig zijn, willen wij de „basic concepts” van de huisartsgeneeskunde leren zien en kunnen hanteren. *Levinas* schrijft in zijn „Totalité et Infini” op onnavolgbare wijze wat ik bedoel: „Het woord is venster, als het scherm wordt, moet het worden afgewezent”.

Samenvatting en conclusie

Deze onvolledige verkenningen hebben het verlangen naar een paradigma nog niet vervuld. De taak is nog niet volbracht. Ik heb getracht thematisch de totale mens, zowel de patiënt als de huisarts, individueel, relationeel en situationeel te plaatsen in het kader van deze tijd.

De huisarts ontmoet in zijn praktijk de zieke, de „early sick” en de „worried well” als individu, niet los te denken van zijn gezin en zijn omgeving.

Naast de functie van luisteraar, homo dialogicus, diagnosticus, therapeuticus en van begeleider, vervult de huisarts een brugfunctie van ziek naar gezond, van huis naar maatschappij, of om het extreem te zeggen van „sperm to worm”.

Zijn jonge wetenschap - met het „jonge” worden tekortkomingen erkend, gedekt en vergoelikt - ontwikkelt zich met behulp van de scientia intuitiva en de „zwijgende voorkennis”. Zij biedt hem nu, na tien jaar huisartsgeneeskunde op universitair niveau voorbeelden van het zachte paradigma, die een schaduw vooruitwerpen. Het harde paradigma, de „normal science” van *Kuhn*, is in wording en wordt door een toenemend aantal leden van de universitaire gemeenschap als een specifiek terrein van wetenschap aanvaard. De

afpaling van het terrein zal zich daar gaan afspelen, waar de huisarts het alfa-denken wil betrekken in het bèta-denken. Juist daar zal veel van zijn methodologisch besef worden gevraagd.

Voor de aanstaande beroepsgenoten zal een verschuiving van encyclopedisch naar logisch onderwijs (Mandema) door praktizerende huisartsen moeten plaatsvinden. Het samenwerken met andere disciplines in vreedzame coëxistentie is een ontwikkeling, waarvan het einde nog niet in zicht is.

De waarde van luisteren en de waarde van de taal vragen beide om bezinning, opdat de „basic concepts” van de huisartsgeneeskunde goed hanteerbaar zijn. Kipling heeft de triomf van het technisch kunnen de tragiek van onze tijd genoemd. In dat kader heb ik gesteld, dat het geen toeval is, dat de huisartsgeneeskunde juist nu, in een tijd van onmetelijk technisch kunnen, tot ontwikkeling komt.

Cleopatra is, met de neus zoals hij was gevormd, de minnares van Caesar geworden. Behalve over de eigenschappen waarmee zij de liefde bedreef, beschikte zij over een vastberaden energie en grote scherpzinnigheid. Daarin onderscheidt zij zich niet veel van de preparadigmatische huisartsgeneeskunde.

Summary. Cleopatra's nose paradigmatic reconnaissances. These incomplete reconnaissances have not yet fulfilled the longing for a paradigm. The task is yet to be completed. An attempt has been made to give the total individual, patient as well as general practitioner, an individual, relational and situational thematic setting in the context of our time.

In his practice the general practitioner encounters the patient, the „early sick” and the „well-worried”, as an individual of whom he cannot think as detached from his family and environment. In addition to his functions as listener, homo dialogicus, diagnostician, therapist and guide, the general practitioner serves as a bridge between „illness and health”, between „home and society” or, to phrase it in extreme terms, between „sperm and worm”.

His young science – the adjective „young” serves to recognize, cover and whitewash imperfections – is developing with the aid of intuitive knowledge and the „tacit knowledge”. Today, after ten years of general practice medicine at an academic level, it provides him with examples of the soft paradigm which cast a shadow ahead. The hard paradigm, Kuhn's „normal science”, is nascent and is being accepted by an increasing number of members of the academic community as a specific field of science, because research is being done in the context of a paradigm-to-be. The demar-

cation of the field will take place where the general practitioner is willing to integrate alpha thought with beta thought. It is precisely here that a grave demand will be made on his sense of method.

For the colleagues-to-be, practicing family doctors will have to effect a shift from encyclopedic to logical teaching (Mandema). Cooperation with other disciplines in peaceful coexistence is a trend of which the end is not yet in sight.

The value of listening and the value of speech both ask for reflection if the basic concepts of general practice medicine are to be manageable. Kipling has described the triumph of technological know-how as the tragedy of our time. In this context it has been postulated that it is no coincidence that general practice medicine is coming to the fore precisely now, in an era of immeasurable technological know-how.

Cleopatra, with her nose shaped as it was, has become Caesar's lover. Apart from the properties which served her in making love, she disposed of determined energy and great sagacity. In this respect she is not very different from preparadigmatic general practice medicine.

Bell, D. (1978) Dialogue 11, 3.

Béraud, C. Le Monde, Octobre 1975.

Berg, J. H. van den. Psychologie van het ziekbed. G. F. Callenbach n.v., Nijkerk, vijftiende druk, 1969.

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift. Van Gorcum en Comp. n.v., Assen, 1964.

Bremer, G. J. en W. Haseu. Mijn dokter is een goede dokter. De Tijdstroom, 1972.

Buma, J. T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Ned. Inst. Praev. Geneeskunde, 1959.

Diederiks, J. P. M. Is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde? Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1973.

Doorn, J. A. A. en C. J. Lammers. Moderne sociologie. Aula-boeken, Utrecht, 1968.

Erasmus, D. De lof der geneeskunde. Opuscula selecta Neerlandicorum de arte medica. Amsterdam, 1907.

Froe, A. de. (1976) De Gids 139, 113.

Gill, K. (1978) huisarts en wetenschap 21, 126.

Gillie, A. The field of work of the family doctor. Report of the Subcommittee Standing Medical Advisory Committee. London. Her Majesty's Stationery Office, 1963.

Goddijn, H. P. M. en P. Thoenes. In: J. S. van Hessen, C. D. Saal, P. Thoenes en Th. J. IJzerman. Wegwijzer in de sociologie. J. H. de Bussy, Amsterdam, 1964.

Gotthelf, J. Im Zeichen der Hoffnung, ein Lesebuch. München, 1961.

Gunsteren, H. R. van. De patiënt als beleidsanalyticus. Jaarverslag Stichting Het Zilveren Kruis, 1976.

Hicks, D. Primary health care. Her Majesty's Stationery Office, London, 1976.

Hogerzeil, H. H. W. Verslag studiedagen wetenschappelijk onderzoek huisartsen. Eindhoven, 1964.

Illich, I. Medical Nemesis. Calder & Boyars, 1975.

Koningsveld, H. Het verschijnsel wetenschap. Boom, Meppel, tweede druk, 1977.

Kuhn, Th. S. The structure of scientific revolutions. The University of Chicago Press, Chicago, 1970.

Laird, J. D. Onversaagd voortgaan. Universitaire Pers Leiden, 1978.

Levinas, E. Totalité et Infini. Vierde uitgave. Nijhoff, Den Haag, 1971.

Mahler, H. (1975) Lancet II, 829.

Mandema, E. (1965) Ned.T.Geneesk. 109, 357.

Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Academisch proefschrift. Nijmegen, 1973.

Murray, H. In: W. G. Bennis. Changing Organizations. Essays on the development and evolution of human organization. New York, 1966.

Nederlands Huisartsen Instituut. Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg, 1978.

Philipsen, H. Huisarts en wetenschap, of hoe wordt het „loeren en oudehoeren” vervangen door „gissen en missen”. Ned. Huisartsen Instituut, Utrecht, 1973.

Pillau, H. In: P. Brandlmeier en anderen. Hausärztliche Versorgung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1974.

Polanyi, M. Personal knowledge. Chicago, 1958.

Reyden, J. P. van der. Jaarverslag Stichting Het Zilveren Kruis, 1976.

Stellingwerff, J. Inleiding tot de universiteit. Buijten en Schipperheijn, Amsterdam, 1971.

Stellingwerff, J. De universele universiteit. NRC Handelsblad, januari 1974.

Tilma, P. (1977) huisarts en wetenschap 20, 83.

Vercruyssen, E. V. W. Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartspraktijk. Ned. Huisartsen Instituut, Utrecht, 1973.

Vries, J. de. Nederlands etymologisch woordenboek. E. J. Brill, Leiden, 1971.

Weinberg, A. M. (1965) Science. augustus, 6.

Wittgenstein, L. Filosofische onderzoekingen. Boom, Meppel, 1976.

Zee, J. van der. De onmogelijke taak van de huisartsgeneeskunde. Ned. Huisartsen Instituut, Utrecht, 1973.