

immunodeficiënties etcetera. Dit geldt ook bij het bestaan van een verhoogd risico bij gezinsleden van de patiënt. Verder indien men zeker weet dat een streptokokkeninfectie bestaat, met name bij een scarlatina.

Het geven van penicilline kan worden overwogen:

- indien verkorting van de ziekteduur gewenst is;
- bij grotere kans op complicaties bijvoorbeeld bij recidiverend karakter;
- indien sprake is van gezinsinfecties.

Bij twijfel kan de huisarts zekerheid krijgen door de combinatie van een positieve keelkweek en een stijging van de antistreptolysineter.

Hoewel de reeds vermelde ziekten die met keelpijn gepaard gaan minder vaak voorkomen, dient de huisarts rekening te houden met Morbus Plaut Vincent, leukemie, agranulocytose, gonorrhoe en dergelijke. Wat betreft Morbus Pfeiffer dient opgemerkt te worden dat hier waarschijnlijk sprake is van een infectieuze ziekte door intensief persoonlijk contact, speciaal bij jongeren („kissing disease”). De verwekker is het Epstein-Barrvirus. De ziekte treedt meestal sporadisch op.

Recent heeft *Van der Wedden* erop gewezen dat Morbus Pfeiffer en mononucleosis infectiosa volgens sommigen niet synoniem zijn. Morbus Pfeiffer zou epidemisch voorkomen voornamelijk bij jonge kinderen, de besmettelijkheid zou groot zijn. Er zou nog geen serologische reactie bekend zijn. Mononucleosis infectiosa zou sporadisch voorkomen bij jonge volwassenen met een lage besmettelijkheid. De Paul Bunnell zou altijd positief zijn. Al met al bestaat in de literatuur geen eenstemmigheid over dit ziektebeeld.

Bij deze casus is vooral aandacht besteed aan de meest waarschijnlijke diagnoses. Van de meer zeldzame diagnoses kan het volgende worden opgemerkt. De ziekte van Hodgkin kan vals positieve reactie van Paul Bunnell opleveren (*Roshdahl* en *anderen*). Ook het klinische beeld kan hier aanvaardbaar op lijken. Op grond van het bloedbeeld, de bezinkingssnelheid en het beloop van de ziekte is differentiatie mogelijk. Toxoplasmose kan een beeld geven dat op Morbus Pfeiffer lijkt, al zal met name koorts meestal niet op de voorgrond staan. Ook hier kan nader bloedonderzoek ons diagnostisch verder behulpzaam zijn. Bij twijfel kan een eventuele titerstijging ons op het goede spoor zetten.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 210

## Wat is een paradigma?

R. H. VAN DER BURG\*

Het beoefenen van wetenschap is als fietsen: men kan het, ook al is men zich niet bewust van de regels of past men ze niet bewust toe. Maar hoe veranderen die regels? En is de huisartsgeneeskunde in het bezit van eigen regels? Een tweede reactie op het Paradigmanummer.\*\*

Ligt aan de huisartsgeneeskunde een eigen paradigma ten grondslag, dat is te onderscheiden van het gangbare paradigma der specialistische geneeskunde? Met deze en aanverwante vragen hielden enkele vertegenwoordigers der huisartsgeneeskunde zich bezig in het Paradigmanummer van „huisarts en wetenschap”. Voordat men deze vraag kan beantwoorden dient men naar mijn mening dieper in te gaan op de vraag wat een paradigma nu eigenlijk is en hoe het functioneert, zodat enkele onjuiste opvattingen (met name in het artikel van Van Es) gecorrigeerd kunnen worden.

Hoewel *Kuhn* het begrip „paradigma” nogal inconsequent hanteert, duidt dit begrip in al zijn verschillende betekenissen toch op diverse aspecten van één en hetzelfde verschijnsel. Allereerst zou men kunnen opmerken dat alle leden van een bepaalde school of gemeenschap van wetenschappers in grote lijnen hetzelfde „vertrouwensprogramma” hebben, dat wil zeggen dat ze uitgaan van dezelfde fundamen-

\* Psycholoog; als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Beroepsopleiding huisartsgeneeskunde te Groningen.

\*\* Aan de vier paradigma-auteurs – Huygen, Van Es, Gill en Lamberts – is gevraagd te zijner tijd een weerwoord te leveren.

tele vooronderstellingen of axioma's omtrent (bepaalde aspecten van) de „werkelijkheid”. Gewoonlijk zijn de leden van zo'n school of gemeenschap zich niet of nauwelijks van hun vertrouwensprogramma bewust. Het is als met fietsen: hoewel we de regels ervan niet bewust kennen en bewust toepassen, kunnen we toch fietsen. Hoewel we ons niet of nauwelijks bewust zijn van ons vertrouwensprogramma, kunnen we toch wetenschap bedrijven. Anders geformuleerd: het is als met een bril waardoor we naar de werkelijkheid kijken; zonder zo'n bril zien we niets, met een andere bril zien we alles anders. En . . . gewoonlijk vergeten we dat we zo'n bril ophebben.

In zekere zin is dat maar goed ook! Om naar de vergelijking van het fietsen terug te keren: als we er voortdurend bij na moeten denken of we het stuur naar links of naar rechts moeten draaien om ons evenwicht te bewaren en hoevéél naar links of naar rechts, bestaat een grote kans dat we omvallen of ergens tegenop rijden. Als we niet meer op ons vertrouwensprogramma vertrouwen, kunnen we de wetenschapsbeoefening voorlopig wel vergeten.

Hoe verandert zo'n vertrouwensprogramma nu? Meestal blijkt aan een verandering een periode van frustratie

Bots, A. W. De keelontsteking in de huisartsenpraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1965.

Bots, A. W. De patiënt met keelpijn. In: S. A. Duursma, I. Ph. L. Koperberg en W. J. Zweerts de Jong (red.). Kompas voor de huisarts. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1974.

Merenstein J. H. and D. K. Rogers (1974) J. Amer. med. Ass. 227, 127.

Medallie, J. H. (ed.). Family Medicine. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1978.

Meyer, R. J. and R. J. Haggerty (1962) Pediatrics 29, 539.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Rosdahl, N., S. Olesen Larsen and J. Clemmesen (1974) Brit. med. J. II, 253.

Wedden, D. A. A. (1978) Ned. T. Geneesk. 122, 815

Bij het opstellen van deze casus is gebruik gemaakt van de rubriek „clinical challenge” (1977) Update 16, 143.

en onvrede vooraf te gaan. Het is als met ons lichaam: zolang het gezond is, staan we er nauwelijks bij stil, als het ziek wordt, last veroorzaakt, richten we er onze aandacht op. Hoe men zich ook inspant, bepaalde feiten of verschijnselen die men als belangrijk ervaart, vallen onmogelijk in de bestaande theorieën of praktijken in te passen. Dit doet „pijn”. Pas als men een andere bril opzet, in een ander vertrouwensprogramma gelooft, blijken deze als de stukjes van een legpuzzel in elkaar te passen. Dit lucht op, geeft een gevoel van bevrediging.

Het is bij zo'n nieuw vertrouwensprogramma als met het ei van Columbus: men ervaart het als een soort „Aha-Erlebnis”, een plotseling zien, en dat gaat gepaard met een soort innerlijke ommekeer of bekering, die bevrijdend aanvoelt. Men maakt als het ware een sprong over een kloof, waarna men alles in een ander licht ziet. Men ziet de werkelijkheid met andere ogen, men bevindt zich als het ware plotseling op een andere planeet.

Ik geloof ook niet dat men een ander paradigma bewust kan construeren; het emotioneel verankerde „geloof” in de waarde van het nieuwe paradigma gaat aan de verstandelijke argumentatie en verdediging ervan vooraf. Men dient in dit verband trouwens ook niet de oorsprong van het begrip paradigma te vergeten: het is ontstaan uit de historische studie van de ontwikkelingen in de wetenschap; met andere woorden, dit begrip bevindt zich ten opzichte van de wetenschappelijke scholen of gemeenschappen op een meta-niveau. Wel kan men met deze studie van de ontwikkelingen in de wetenschap mogelijk zijn voordeel doen door er succesvolle strategieën uit af te leiden: succesvolle paradigma's hebben hun eigen leerboeken en tijdschriften, hun eigen forum, hebben vaste grond onder de voeten gekregen in de opleiding tot de betreffende disciplines, genieten maatschappelijk aanzien en erkenning, kunnen onderzoeksresultaten tonen die een grote propagandistische waarde hebben, enzovoort.

Heeft de huisartsgeneeskunde nu een eigen paradigma? Ik durf deze vraag niet met een onomwonden „ja” of „nee” te beantwoorden. Wel signaleer ik duidelijke aanzetten tot zo'n paradigma. De onvrede bij een aantal vertegenwoordigers der huisartsgeneeskunde is duidelijk en er begint een fundamentele discussie op gang te komen over belangrijke onderwerpen, zoals de arts-patiënt-relatie, de verantwoor-

delijkheid van de patiënt voor eigen lijf en leven, de manier van omgaan met klachten van de patiënt enzovoort.

Hoe zal zo'n nieuw paradigma eruit zien? Ik geloof dat het besef van de medemenselijkheid van de patiënt een van de meest fundamentele verschillen zal vormen. In de plaats van de deskundige die een kapot apparaat repareert, komt de gelijkwaardige gesprekspartner. Tijdens de dialoog is de patiënt vooral een deelnemer, verantwoordelijk voor eigen lijf en leven, de huisarts vooral een begeleider die de patiënt uitnodigt zichzelf te zijn en die zich in de bestaanswereld van die patiënt probeert in te leven. Hapert op een gegeven ogenblik de dialoog, komt de patiënt niet meer verder, dan verandert de aard van de relatie tijdelijk: de huisarts wordt de deskundige, de patiënt object van onderzoek en/of behandeling. Na de actie van de huisarts als deskundige – al dan niet gepaard gaande met een actie van de specialist – wordt de dialoog weer opgenomen, is de patiënt weer vooral deelnemer en de huisarts begeleider.

Uiteraard zal de lengte van de dialoog in eerste instantie samenhangen met de noodzaak om al dan niet snel medisch in te grijpen; pas in een later stadium zal de dialoog uitgebreider kunnen worden gevoerd. Voorts moet men dit model niet al te letterlijk opvatten: het probeert eerder een instelling te benadrukken, een gulden middenweg te vinden tussen intermenselijke omgang enerzijds en deskundige actie anderzijds. Ik geloof echter dat de dialoog hoe dan ook centraal in dit paradigma zal komen te staan en dat in het nieuwe paradigma de specialistische geneeskunde een onderdeel zal vormen van de huisartsgeneeskunde in plaats van andersom.

Kuhn, T. De structuur van wetenschappelijke revoluties. Boom, Meppel, 1972.

Paradigmanummer (1978) huisarts en wetenschap 21, 445-500.

## Ingezonden

### Samenwerking in de eerste lijn (2) Antwoord op de reactie van E. van de Lisdonk

*Uitgangspunten.* Uitgangspunten zijn geen gegevens, maar het resultaat van een keuze. De samenstellers van het rapport over samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen hebben er uitdrukkelijk voor gekozen hun idealen als uitgangspunt te nemen. Dit neemt niet weg dat andere keuzen mogelijk zijn, zoals dan ook blijkt uit de reactie van Van de Lisdonk. Zowel de ene, als de andere keuze is legitiem. De wat praktischere benadering van Van de Lisdonk sluit misschien wat beter aan bij het tweede deel van ons onderwerp, de structurele belemmeringen voor samenwerking.

*Hometeam en gezondheidscentrum onder één noemer.* Van de Lisdonk verzet zich tegen het onder één noemer brengen van het hometeam en het gezondheidscentrum. Hij onderbouwt zijn standpunt echter niet goed. Hij zit al meteen fout zodra de inhoud van het werk verward wordt met de vorm („naar de inhoud. . gezien gaat het. . om. . onderscheiden werkvormen”). De verschillen die Van de Lisdonk vervolgens noemt hebben uitsluitend betrekking op de vorm. Wezenlijk voor het onderscheid tussen het hometeam en het gezondheidscentrum zijn alleen de juridische, financiële en enkele organisatorische verschillen. Weliswaar zijn dit grote verschillen, maar of ze doorwerken op de inhoud van de hulpverlening is nog lang geen uitgemaakte zaak. Van de Lisdonk gelooft dat het wel een uitgemaakte zaak is („het zijn juist deze zaken die het karakter, de herkenbaarheid en de aanspreekbaarheid van een samenwerkingsverband bepalen”) en vervolgens verwijt hij de samenstellers van het rapport impliciet dat ze zijn geloof niet aanhangen.

De kernvraag is: wel of geen geïntegreerde eerste lijn. Een geïntegreerde eerste lijn stelt volgens ons als basisvoorwaarde de samenwerking in een teamverband. De keuze voor een bepaalde eindvorm van dit teamverband (hometeam of gezondheidscentrum) vinden wij een kwestie van uitwerking, afhankelijk van de lokale situatie en van de drijfveren van de betrokkenen. Wanneer het onderscheid tussen