

Naar de ontwikkeling van een wetenschappelijke discipline huisartsgeneeskunde

Een reactie op het Paradigmanummer

C. SPREEUWENBERG*

In het Paradigmanummer gaven *Huygen, Van Es, Gill en Lamberts* hun visie op de theoretische grondslagen van de huisartsgeneeskunde. De redactiecommissie ontving daarop onder meer de volgende bijdrage. Andere reacties zullen in de komende maanden gepubliceerd worden, terwijl aan de vier paradigmaauteurs is gevraagd te zijner tijd een weerwoord te leveren.

De boeiende beschouwingen van een aantal vooraanstaande, wetenschap beoefenende huisartsen in het Paradigmanummer verdient een vervolg in de vorm van een intensieve, openbare discussie over de essentialia van de wetenschappelijke huisartsgeneeskunde. Met nadruk spreek ik hierbij van de „wetenschappelijke huisartsgeneeskunde”, omdat ik de scheiding tussen het normale, professionele handelen en de wetenschapsbeoefening door huisartsen van principieel belang acht.

Professioneel handelen versus wetenschappelijke discipline

Van Es maakt binnen de huisartsgeneeskunde onderscheid tussen „professie” en „discipline” en handhaaft dit verder consequent. Zelf vind ik dat de termen „professioneel handelen” en „wetenschappelijke discipline” de bedoelingen van *Van Es* exacter weergeven. Het onderscheid is in de eerste plaats van belang omdat het om heel verschillende activiteiten gaat. Het uitoefenen van een bepaald beroep waarvoor vakmanschap en deskundigheid zijn vereist, moet onderscheiden worden van het theoretisch funderen van de specifiek aan dat beroep verbonden deskundigheid. Voor het goed uitoefenen van zijn beroep heeft de huisarts als instrument niet alleen deze „disciplinaire” deskundigheid nodig, maar ook kennis uit andere wetenschapsgebieden, zoals de „klassieke” medische vakken en de gedragswetenschappen.

* Huisarts te Nieuwegein; als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Universitair Huisartsen Instituut van de Rijksuniversiteit Utrecht.

Ten tweede veronderstel ik dat voor de uitoefening van het beroep van huisarts andere kwalitatieve eisen gelden dan voor het bedrijven van wetenschap. Ik denk hierbij aan het vermogen tot participatie, het kunnen leven met onzekerheden, het doeltreffend en snel kunnen beslissen versus het vermogen tot beschouwen, distantiëren, het nastreven van maximale zekerheid of minimale onzekerheid en het vermogen zich bezig te houden met de oplossing van problemen op lange termijn.

Dit zijn geen absolute verschillen, maar accentverschillen, waarbij we ons bewust moeten zijn dat deze bij het wetenschappelijk onderzoek door huisartsen een handicap vormen. Degene die praktiseert en onderzoek verricht, moet deze andersoortige activiteiten goed in zichzelf weten te scheiden. Overigens bestaat binnen de kring van huisartsen soms een emotionele weersin tegen de rationaliteit van het wetenschappelijk denken en wantrouwen tegen theorievorming. *Postma* heeft dit verwoord als: „huisartsen pretenderen wél deskundigheid, géén gespecialiseerde vakkundigheid en ook geen wetenschappelijke vakkundigheid.”

Naast de verschillen bestaan er ook duidelijke verbindingen. In de eerste plaats behoren de artsen, die huisartsgeneeskundig onderzoek verrichten, in mindere of meerdere mate tot de praktiserende huisartsen. *Verbrugh* wijst erop dat er een relatie bestaat tussen een bepaald wetenschapsgebied en de „sociale kenmerken” van zijn beoefenaren. Zo ontstaat een relatie tussen professioneel handelen, onderwijs aan toekomstige (huis-)artsen en wetenschappelijke onderzoekers. Dit rechtvaardigt ook de koppeling van een be-

roepsopleiding aan een universitaire instelling.

In de tweede plaats vormt de plaats die de huisarts in ons gezondheidszorgsysteem heeft – buiten de muren van het ziekenhuis en dicht bij de consument – zó een unieke positie voor observaties en daarmee theorievorming betreffende probleem- en ziektegedrag, hulpverlening en dergelijke, dat de mogelijkheden hiervoor uitgebuit moeten worden. Dit vereist voor de „wetenschapper” een nauwe relatie met de veldwerker: het veld verschaft immers de bouwstenen voor de theorie en anderzijds moet de theorie weer toegankelijk gemaakt worden voor de practicus.

Overigens zou het – gezien de onduidelijkheid waartoe het gebruik van de term huisartsgeneeskunde leidt – aanbeveling verdienen de wetenschappelijke huisartsgeneeskunde met een andere, niet met het beroep maar met het probleemveld verbonden, naam aan te duiden. Helaas is het begrip gezinsgeneeskunde voor dit doel te eng. Wie doet hier een creatief voorstel?

Geen paradigma's maar meningen

In het Paradigmanummer komt het verwarren van professioneel handelen met het abstraheren hiervan binnen een wetenschappelijke discipline duidelijk tot uiting.

De door vele auteurs geciteerde *Kuhn* geeft in een verhelderend naschrift, dat *Verbrugh* wel noemt maar in zijn betoog negeert, aan dat een paradigma datgene is wat de leden van een wetenschappelijke gemeenschap gemeen hebben, en, omgekeerd dat een wetenschappelijke gemeenschap bestaat uit mensen die een paradigma gemeen hebben (*Kuhn*, pagina 200). Een „wetenschappelijke gemeenschap” bestaat niet uit mensen die wetenschap toepassen, want dat doet bijna iedereen, maar uit mensen die zich bewust met wetenschap bezig houden en die voor wetenschappelijke problemen een oplossing trachten te zoeken.

Gill en Lamberts gaan uitgebreid in op het begrip paradigma en geven blijk van de wil tot theorievorming in de huisartsgeneeskunde. Beiden dwalen echter af naar het niveau van de dagelijkse problematiek van de huisarts, waardoor ze het niet meer over paradigma's, maar over meningen of „geloof” in bepaalde oplossingen voor praktische problemen hebben. Bij beiden gebeurt dit duidelijk als zij het hebben over sa-

menwerkingsvormen, door *Gill* een „zacht” paradigma genoemd – en dat terwijl vele wetenschapsfilosofen het paradigmabegrip van *Kuhn* al erg zacht vinden! Bovendien mis ik zowel bij *Gill* als bij *Lamberts* een kern van een wetenschappelijk probleem waarvoor oplossingen worden gezocht. Ze doen zelfs geen poging om aan te tonen dat samenwerkingsvormen tot een nieuw belangwekkend theoretisch inzicht betreffende probleem- of ziektegedrag en de hulpverlening daarbij kan leiden (daar hebben we het in de geneeskunde toch over?).

Ik weet geen raad met de visie van *Lamberts* op de huisartsgeneeskunde als „leer der kruispunten in de gezondheidszorg” en zeker niet als daarbij „het gezondheidscentrum en de solo-hulpverlener” als voorbeeld ten tonele worden gevoerd. Bij de uitwerking blijkt dan ook dat het niet gaat om het zoeken naar theoretisch inzicht, maar om de uitoefening van „macht in de eerste lijn”. Zijn gevoel van onmacht in de huidige constellatie doet hem naar pragmatische oplossingen zoeken. Daar kan ik helemaal inkomen. Maar dit probleem hoort niet thuis in de wetenschappelijke discipline huisartsgeneeskunde, maar in vakgebieden die de gezondheidspolitiek tot object van onderzoek hebben. Het wordt me niet duidelijk of *Lamberts* de gezondheidspolitiek en de consequenties hiervan voor een gewenste opzet van de eerstelijns geneeskunde tot onderwerp van theorievorming wil maken, maar als hij dat wil, past dit naar mijn idee niet binnen de „disciplinaire matrix” (*Kuhn*, pagina 207) van de huisartsgeneeskunde.

Preparadigmatische periode

Uit de beschrijvingen van *Huygen* (1978) en *Van Es* blijkt duidelijk dat zij de hun geboden geneeskunde niet alleen als practici, maar ook als in wetenschap geïnteresseerden als een anomalie ervoeren. Het feit dat zij met *Querido* hebben ingezien dat het theoretisch fundament van het gangbare medische model te kort schoot en dat zij hieraan zowel theoretische als praktische consequenties hebben verbonden, is hét paradigmatische moment bij uitstek. De omstandigheden voor de doorbraak van een ander zicht op ziekte en de zieke mens waren zo gunstig omdat niet alleen hun patiënten maar ook zijzelf het slachtoffer waren van de engte van het bestaande model. Het is immers bijna niet voor te stellen dat de medici

binnen de kliniek níet op dezelfde problemen zijn gestuit. Maar juist psychologische factoren als ontevredenheid bij beroepsbeoefenaren en publiek, statusverlies van de huisarts en het feit dat extramuraal werkende medici, zoals huisartsen en sociaalgeneeskundigen, niet tot de „elite” van de medische wetenschapsbeoefenaren behoorden, hebben het juiste klimaat geschapen. Hierdoor werd de psychologische drempel voor het doorbreken van een groepsnorm verlaagd.

Toch getuigen de wetenschappelijke onderzoeken door huisartsen van de laatste twintig jaar nog niet duidelijk van de aanvaarding van een of ander paradigma. *Van Es* vermeldt wel enige „avant la lettre” verschenen onderzoeken, maar tot een echte doorbraak en aanvaarding door de wetenschappelijke gemeenschap is het nog niet gekomen. Daarom was de vraag van *Diederiks* in 1973 naar het bestaan van een paradigma voor de huisartsgeneeskunde ook wel terecht.

Het heeft daarna nog vijf jaar geduurd voordat *Lamberts* en *Van Weel* op een „ludieke” (*Van Es*) en uitdagende wijze een proefballon over dit thema durfden op te laten. Ik neem aan dat ze dit bedoeld hebben in de zin van „zijn we al zo ver dat we paradigma’s kunnen formuleren en zo ja, welke paradigma’s zullen dan het sterkste blijken te zijn?”. Hun veronderstelling dat die paradigma’s dan ook nog op grond van wetenschappelijk onderzoek geformuleerd zouden kunnen worden, getuigt van waaghalzerij. Ze weten immers wel dat de huisartsgeneeskunde niet over dezelfde harde onderzoeksresultaten beschikt als Maxwell toen deze de falende mechanica-theorieën van Newton door de quantumtheorie moest vervangen. In de wetenschappelijke huisartsenwereld liggen de zaken nog niet zo duidelijk en zijn de visies nog niet zo eenduidig. Dit hoort ook duidelijk bij de preparadigmatische periode waarin wij ons naar mijn mening nog bevinden.

Kristallisatiepunten

Wel tekenen zich een aantal kristallisatiepunten af waaromheen zich paradigma’s gaan afzetten. Eén zo’n kristallisatiepunt vormt de uitbouw van het begrip „integrale geneeskunde”. Het is duidelijk op de patiënt gericht en bevat als elementen:

– de wijze waarop klagen en ziek zijn in de gehele persoonlijkheid van de patiënt zijn ingebed (*Van Es; Holten-Vriesema* en *anderen; Huygen* 1978 a,

b; *Lamberts; Smits* en *anderen*);

– het betrekken van levensloop en somatisch, psychisch en sociaal functioneren bij de hulpverlening (*Dokter* en *Milikowski; Van Es; Huygen* 1978 b; *Morell; Querido; Smits* en *anderen*);

– de betekenis van de primaire groep waarin de patiënt leeft (*Huygen* 1978 b, c; *Van Es*).

Hoewel *Dokter* meent dat „de huisarts te lang en weer op basis van opleiding en specialistische geneeskunde, waarde heeft toegekend aan de arts-patiëntrelatie” zie ik, mede onder invloed van sociologen, dat rondom dit „duale” thema een kristallisatie ontstaat (*Van Es; Holten-Vriesema* en *anderen; Lamberts, Smits* en *anderen*); daarbij zal het paradigma elementen bevatten van de arts en zijn systeem, de patiënt en zijn systeem (zie eerste kristallisatiepunt) en de interactie tussen hen beiden.

Andere „paradigma’s” als anticiperen en effecten van de wijze van praktijkvoering op de hulpverlening acht ik niet van zoveel belang dat ze ooit de kern van de theorievorming in de huisartsgeneeskunde zullen bepalen.

Voorts vraag ik mij af of de problemen rond het definiëren van gezondheid (*Dokter* en *Milikowski; Lamberts*) ooit door een wetenschap kunnen worden verhelderd en of dit dan tot de huisartsgeneeskunde kan worden gerekend.

Een teken voor het bestaan van de genoemde kristallisatiepunten zie ik in het feit dat in Nijmegen en Utrecht onderzoeksgroepen zich bezighouden met de genoemde thema’s. De kristallisatiepunten zijn op zichzelf een aanwijzing voor de eigen plaats van de huisartsgeneeskunde binnen de medische wetenschappen. Het paradigma zou immers ook door de andere medische disciplines aanvaard kunnen worden. Ze zijn niet specifiek voor de huisartsgeneeskunde. De mate van aanvaarding door de beoefenaren rechtvaardigt echter het eigen gezicht. Anders gezegd: de huisartsgeneeskunde komt in de positie dat zij ten aanzien van de huidige medische onderzoeksprogramma’s een concurrerend, op behoeften afgestemd alternatief kan bieden.

Juist door deze positie kan de vooruitgang binnen de geneeskunde op een geheel nieuwe wijze worden gestimuleerd. Wij moeten hierbij bedenken dat het gehele concept van het bestaan van paradigma’s bedoeld is om vat te krijgen op de wijze waarop de groei van wetenschappelijke kennis tot stand komt. Door het concept van een paradigma kan een discipline bestaande proble-

men „oplossen”. Dit is althans de visie van Kuhn. Hij meent dat die oplossing monistisch verloopt: ieder puzzelt gezellig mee. Maar volgens Popper, Feyerabend en Lakatos (pagina 68) gebeurt dit juist pluralistisch.

Voor de huisartsgeneeskunde betekent dit dat haar positie ten opzichte van de klassieke geneeskunde moet worden bepaald. Vormt de huisartsgeneeskunde één van de rond een paradigma gevormde, concurrerende groeperingen binnen het geheel van de geneeskunde of is de huisartsgeneeskunde een afzonderlijke wetenschappelijke discipline, los van geneeskunde en gedragswetenschappen? In het laatste geval bestaat dan weer het risico van elkaar bestrijdende wetenschapsovertuigingen betreffende het vakgebied. Zolang het tegendeel hiervan niet bewezen is, zou ik zelf willen kiezen voor het concept van een concurrerend paradigma binnen de geneeskunde.

Methodologie

Wanneer wij binnen onze discipline inderdaad tot de formulering van één of enkele paradigma's kunnen komen, zal ook een oplossing voor de methodologie van het onderzoek gevonden moeten worden, want ook hierover zijn de wetenschapsfilosofen het niet eens. Gill noemt als „ideaal” voor de huisartsgeneeskunde een „evenwicht tussen methodologisch besef zonder methodologische verabsolutering”. In een dergelijk ideaal beluister ik een speelruimte voor gemarchandeer met normen. Ook huisartsgeneeskundig onderzoek zal aan methodologische eisen moeten voldoen. Anders zullen wij ons buiten de rij der wetenschappen plaatsen.

Het lijkt me niet juist om, zoals Huygen en Van Es wel doen, nu al een uitspraak te doen over welke methoden de voorkeur genieten. De keuze van de methode van onderzoek zal immers van vele factoren, zoals vraagstelling, voorgaand onderzoek, toegankelijkheid van het „materiaal”, onderzoeksituatie en bovengenoemde methodologische eisen, afhankelijk zijn. Daarom is het ook nog een open vraag of men met het door Huygen van kardinale betekenis geachte epidemiologische onderzoek wel tot de kern van de problemen kan doordringen. Het is inderdaad een type onderzoek dat door de huisarts vrij eenvoudig kan worden verricht, maar in hoeverre kunnen de vragen worden opgelost?

Hetzelfde geldt voor de door Van Es

aanbevolen, nauwkeurige casusbeschrijving. Deze methode kan zin hebben bij de exploratie van de onderzoeksituatie. Het is daarbij van belang of de casus beschreven wordt door de betrokken huisarts of door een „onafhankelijke” waarnemer. Bij problemen met betrekking tot het „duale” paradigma zal deze methode in elk geval slechts zeer behoeftzaam gehanteerd mogen worden. Het is mijns inziens nog te vroeg voor een „methodenstrijd”. Eerst zal duidelijk moeten worden wat wij nu precies tot de inhoud van de huisartsgeneeskunde willen maken. Misschien dat wij hierbij trouwens gebruik kunnen maken van een aanbeveling van Kuhn: sla de leerboeken betreffende het vakgebied er op na! Vervolgens zullen we de onderzoeksvelden en methodologische eisen moeten aangeven. Daarna zullen wij ons, als beoefenaars van een discipline op de meest aan de situatie aangepaste methodiek moeten bezinnen. Dit gehele wetenschapgebeuren vereist een forum dat bereid is kritisch mee te denken. Deze beschouwing wil in deze discussie een schakel zijn. Een vervolg is derhalve nodig.

Samenvatting. Gewezen wordt op het belang van het maken van onderscheid tussen professioneel handelen en wetenschapsbeoefening in het denken over huisartsgeneeskunde. Mogelijke paradigma's kunnen alleen die wetenschapsbeoefening betreffen. Binnen de huisartsgeneeskunde worden enkele kristallisatiepunten van paradigma-vorming zichtbaar. De zich ontwikkelende paradigma's zijn echter voor de gehele geneeskunde geldig. Door haar specifieke aandachtsveld kan de huisartsgeneeskunde binnen de geneeskunde een concurrerend alternatief bieden. Het is nog te vroeg om de methodiek voor huisartsgeneeskundig onderzoek vast te leggen.

Summary. Towards the development of a scientific discipline of general practice medicine. A reaction to the Paradigm issue. This paper points out the importance of differentiation between professional acting and the practice of science in thinking about general practice medicine. Paradigms, if any, can only pertain to the practice of science. A few crystallization-points of paradigm formation are emerging in general practice medicine. The evolving paradigms, however, are valid for medicine in general. By virtue of its specific area of attention, general practice med-

icine can offer a competitive alternative within medicine. It is too early yet to outline a methodology of research in general practice medicine.

Diederiks, J. P. M. Is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde? In: Huisarts en sociaal wetenschappelijk onderzoek. Uitgave N.H.I., Utrecht, 1974.

Dokter, H. J. (1978) *Patiënt Care* 5, nr. 10, 2-3.

Dokter, H. J. en H. Ph. Milikowski (1973) *M.C.* 28, 185-190.

Es, J. C. van (1978) huisarts en wetenschap 21, 451-458.

Gill, K. (1978) huisarts en wetenschap 21, 459-464.

Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen, K. Blanken, J. Ibellings, F. Riphagen, K. Schouwstra en G. Venhorst (1978) huisarts en wetenschap 21, 322-335.

Huygen, F. J. A. (1978a) huisarts en wetenschap 21, 363-365.

Huygen, F. J. A. (1978b) huisarts en wetenschap 21, 477-450.

Huygen, F. J. A. Family medicine. The medical life history of families. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1978c.

Kuhn, T. S. De structuur van wetenschappelijke revoluties. Boom, Meppel, 1976.

Lamberts, H. (1978) huisarts en wetenschap 21, 465-476.

Lamberts, H. en C. van Weel (1978) huisarts en wetenschap 21, 82-83.

Lakatos, I. Wetenschapsfilosofie en wetenschapsgeschiedenis. De controverse tussen Popper en Kuhn. Boom, Meppel, 1970.

Morell, D. C. An introduction to primary medical care. Churchill Livingstone, Edinburgh, New York, 1976.

Postma, T. (1978) huisarts en wetenschap 21, 24.

Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.

Smits, A., J. van Eijk, R. Grol, F. Huygen, G. van Mierlo en H. Mokkink (1978) huisarts en wetenschap 21, 366-369.

Verbrugh, H. S. Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer. De Toorts, Haarlem, 1978.