

Pretentieuze paradigmatic

J. P. M. DIEDERIKS*, B. S. POLAK** EN J. VAN DER ZEE***

Artikelen over paradigma's voor de huisartsgeneeskunde zijn eerder te karakteriseren als een onnodig zoeken naar de wetenschappelijke identiteit van de huisartsgeneeskunde dan dat ze een zinvolle bijdrage leveren aan het verhelderen van de vraagstellingen die men binnen het gebied der huisartsgeneeskunde systematisch zou dienen te onderzoeken. De pretentie een eigen wetenschap door paradigma's op te richten geeft licht aanleiding tot discussie over schijnproblemen. De vijfde en (voorlopig) laatste reactie op het Paradigmanummer.****

Eigenlijk is het merkwaardig dat er een discussie over het wetenschappelijke karakter van de huisartsgeneeskunde ontstaat met de volgende redactionele inzet: „De essentie van de paradigmadiscussie ligt in de algemeen gevoelde dorst naar duidelijkheid over de *professionele betekenis van het werken in de eerstelijns*” (Lamberts en Van Weel) (cursivering in het citaat van ons). De redactie maakt het de lezer trouwens niet makkelijk. In een ratjetoe van beeldspraak overstelpt men ons met ratten, kaas, woestijnreizigers, oasen en renaissanceperspectieven! En om de verwarring ten top te voeren wordt het zinloze begrip „zacht” paradigma ingevoerd. En dat alles om „het wezen van de huisartsgeneeskunde in meer praktische zin te formuleren.” (Van Weel). Alsof zoeken naar paradigma's – Spreuwenberg heeft daar in zijn reactie ook al op gewezen – een gebruikelijke gang van zaken zou zijn in een wetenschap.

Sluitrede

Men lijkt zich te bedienen van de volgende sluitrede: wetenschappen worden gekenmerkt door één (volgens

* Socioloog; medewerker bij de capaciteitsgroep medische sociologie aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

** Hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam.

*** Medewerker aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht.

****De vier paradigma-auteurs – Huygen, Van Es, Gill en Lamberts – zullen in een van de volgende nummers antwoorden.

Kuhn) of meer (in de pluralistische opvatting) paradigma's; huisartsgeneeskunde is een wetenschap, dus moeten er voor de huisartsgeneeskunde paradigma's te vinden zijn. Deze sluitrede bevat twee onjuiste uitgangspunten. In de eerste plaats is „paradigma” als historisch-wetenschapsfilosofisch begrip ontwikkeld om achteraf bepaalde ontwikkelingen in de natuurwetenschappen te verhelderen. De stelling is niet dat een wetenschap gekenmerkt wordt door een paradigma, maar dat ontwikkelingen in een wetenschap begrepen kunnen worden met behulp van het paradigmabegrip. Het begrip is overigens in de wat recentere discussies vervangen door het begrip „wetenschapsprogramma”: een serie elkaar aflossende theorieën, die alle dezelfde kern bevatten, waarom zich een variabele schil van hulphypothesen bevindt.

De tweede propositie, huisartsgeneeskunde is een wetenschap, gaat er vanuit, dat dit vaststaat en dat het bovendien eenvoudig zou zijn vast te stellen wat een wetenschap is en wat niet. Huisartsgeneeskunde is echter net zo min een wetenschap als interne geneeskunde of vliegtuigbouwkunde dat zijn. Huisartsgeneeskunde is een toegepaste wetenschap. Toegepaste wetenschappen ontleen hun theorieën en begrippen aan basiswetenschappen, welke theorieën op min of meer georganiseerde wijze (door middel van wetenschappers en wetenschappelijke instellingen, die duidelijk een schakel-

functie vervullen, zoals de klinische chemie in de geneeskunde) in het betreffende toepassingsveld worden geïntegreerd. Het probleem voor de huisartsgeneeskunde als wetenschap (Van der Zee) is, dat

– over de afbakening van het vak nog geheel geen overeenstemming bestaat;
– daarmee gepaard gaat een onduidelijkheid en onenigheid over de vraag welke basiswetenschappen dan wel geïntegreerd zouden moeten worden en in welke mate;

– in het geval men kiest voor de sociale wetenschappen als basiswetenschap, deze zelf nog nauwelijks de kinderschoenen zijn ontgroeid;

– de voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zo broodnodige systematische integratie ontbreekt; het is nog steeds eerder uitzondering dan regel dat er op de (universitaire) huisartseninstituten serieus (sociaal) wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan;

– sommige eigenschappen van een professie van vrije beroepsbeoefenaren – met name de eigenschap dat controle op het handelen aan de leden der professie zelf is voorbehouden – niet optimaal zijn voor de ontwikkeling van een wetenschap; het impliciete misverstand, dat huisartsgeneeskunde door huisartsen ontwikkeld zou moeten worden, is evenmin aanvaardbaar als de gedachte dat alleen ambtenaren in staat zouden zijn tot theorievorming over een onderwerp als bureaucratie.

Wellicht heeft men de sluitrede in een andere richting gelezen: als we paradigma's vinden, dan is de huisartsgeneeskunde een wetenschap (en dan komt eindelijk de zo begeerde „duidelijkheid over de professionele betekenis van het werken in de eerstelijns”).

Zinloze discussie

De hele paradigmadiscussie zou overigens nog te verdedigen zijn, als er tenminste één nieuw idee, één verrassend perspectief, één nieuw gezichtspunt uit naar voren was gekomen. In dit geval zou de discussie een zeker nut gehad hebben. Wij twijfelen echter aan het nuttig rendement van de discussie. We vragen ons zelfs af of de paradigmadiscussie op andere terreinen dan geschiedenis en theorie van de wetenschap iets meer heeft opgeleverd dan een beter begrip (achteraf) voor de verschillende elkaar bestrijdende wetenschappelijke stromingen. In de natuurwetenschappen heeft de discussie niet tot nieuwe resultaten op het gebied van de inhoud van de wetenschap geleid. In de sociale

wetenschappen is het ten hoogste het zoveelste hulpmiddel geweest bij het expliciteren en relativeren van de eigen uitgangspunten. Evenmin heeft het paradigmabegrip ergens in de geneeskundige literatuur tot nieuwe resultaten geleid. Ook *Verbrugh's* bijdrage aan „Het Medisch Jaar 1979” kan niet als zodanig worden beschouwd. (De betekenis van zijn recente dissertatie over het paradigmabegrip die hier niet aan de orde is, ligt op het terrein van de wetenschapstheorie.) Dit artikel bevat een niet gemotiveerde constructie om een viertal alternatieve geneeswijzen (natuurgeneeswijze, homeopathie, antroposofische geneeskunde en klassieke acupunctuur) te ordenen met behulp van het paradigma van de humoraalpathologie. Daarbij wordt het argument van onwetenschappelijkheid jegens deze geneeswijzen afgewezen met de stelling, dat dit pas mag worden overwogen als deze niet op een eigen paradigma gebaseerd zouden zijn. Als of de bewering dat zulk een paradigma er is en op deze geneeswijzen betrekking zou hebben, voldoende is.

De zinloosheid van de discussie voor de huisartsgeneeskunde blijkt zonder meer uit de bijdragen van de vier auteurs. Van twee van de bijdragen, die van Gill en Lamberts, is het volstrekt onduidelijk wat ze met de paradigmadiscussie te maken hebben. Wij zullen ze hier verder onbesproken laten.

Huygen noemt in zijn bijdrage (met alle terechte reserves jegens het paradigmabegrip) vier thema's die de huisartsgeneeskunde haar identiteit geven:

- de zeeffunctie (patiënt uit het labirynth van de gezondheidszorg houden);
- epidemiologie (verschil tussen klinische morbiditeit en het aanbod aan klachten en problemen in de huisartspraktijk);
- levensloopgeneeskunde;
- gezinsgeneeskunde.

Van Es noemt ook de zeeffunctie essentieel en gaat dan over tot het formuleren van de volgende drie paradigma's:

- personale geneeskunde – de klacht of dit ziek-zijn is als het ware ingebed in iemands totaliteit;
 - integrale geneeskunde – in ieder ziek-zijn zijn in nauwe wisselwerking met elkaar staande lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke aspecten aan de orde;
 - gezinsgeneeskunde – de hulpvrager moet worden gezien als onderdeel van de primaire groep waarin hij leeft.
- Op zichzelf zijn deze thema's belang-

wekkend genoeg, maar nieuwe gezichtspunten zijn het niet en met paradigma's hebben ze niets te maken. Het zal de lezer duidelijk zijn dat we de vraag „levert de paradigma-discussie iets nieuws op voor de huisartsgeneeskunde” negatief beantwoorden. Voor zover de bijdragen begrijpelijk zijn, volstaat men met een opsomming van hetgeen reeds bekend is, soms helder en overzichtelijk, soms verpakt in mistig en gewichtigdoenerig taalgebruik. Niet iedere gedachte die de alledaagse werkelijkheid ontstijgt hoort thuis in de categorie „paradigmata”!

Professioneel handelen versus wetenschapsbeoefening

Er is overigens één aspect van de discussie waar we nog dieper op in willen gaan; de gedachte namelijk dat „de paradigma's niet los staan van de persoon van de hulpverlenende arts” (*Van Es*). Met *Spreeuwenberg* zijn we van mening dat juist een scherp onderscheid gemaakt dient te worden tussen het professionele handelen en de kennis die de huisarts hierbij toepast enerzijds en de wetenschapsbeoefening in de huisartsgeneeskunde anderzijds. De persoon van de hulpverlenende arts valt onder de professie; zijn handelen kan onderwerp van wetenschappelijk onderzoek zijn.

Bij die wetenschapsbeoefening zijn twee aspecten te onderscheiden:

- de benadering van de verschijnselen van ziekte en gezondheid zoals die zich aan de huisarts manifesteren of waarnaar hij op zoek gaat;
- de benadering van het handelen van de huisarts; hierbij staat de vraag centraal in welke mate de theoretische en praktische kennis die de huisarts van de zojuist genoemde verschijnselen heeft, bepalend is voor de manier waarop hij de verschijnselen benoemt en te lijf gaat.

De wetenschappelijke benadering van ziekte en gezondheid is uiteraard geen zaak die alleen aan de huisartsgeneeskunde is voorbehouden, zelfs niet in het kader van de bijzondere positie van de huisarts in de gezondheidszorg. Die positie leidt er weliswaar toe, dat andere vragen gesteld kunnen worden dan in de klassieke geneeskunde, zoals over de fasen tussen onwel bevinden en het doktersbezoek of over de sociale betekenis van ziekte in het gezin, maar deze vragen worden ook gesteld buiten de huisartsgeneeskunde. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor het tweede aspect van de genoemde weten-

schapsbeoefening, de benadering van het handelen van de huisarts. Hierbij hoeft niet uitsluitend aan ingewikkelde sociologische vraagstellingen gedacht te worden, ook een simpele vraag waarom een huisarts besluit om bepaalde verschijnselen onder het begrip bacteriële infectie te vatten en waarom hij wel of niet besluit een antibioticum voor te schrijven, horen in deze benadering thuis. Het is echter niet op voorhand duidelijk wat het specifieke gezichtspunt van de huisartsgeneeskunde is; met andere woorden het formele object van de huisartsgeneeskunde laat zich vooralsnog niet omschrijven.

Het specifieke van de huisartsgeneeskunde lijkt ons dan ook niet te liggen in een of ander nieuw en onverwacht gezichtspunt, maar veeleer in de positie van de huisarts en daarmee samenhangende aanbod van klachten en problemen. Gezeten achter het loket van de gezondheidszorg, soms daar zelfs achter vandaan komend, moet hij ter verklaring van de verschijnselen die hij ontmoet en waaraan hij geacht wordt iets te doen, veronderstellingen maken en beslissingen nemen, die niet in overeenstemming hoeven te zijn met de gangbare normen in de geneeskunde.

De huisarts staat volgens *Huygen* op de grens tussen zelfzorg en professionele zorg; wellicht, zo zouden we eraan toe willen voegen, staat hij al met één been over die grens. Dit op zichzelf bijzondere gegeven leidt echter niet vanzelfsprekend tot de ontwikkeling van een relatief autonome wetenschap. In eerste instantie levert dit een uitermate boeiend terrein op, waar de problemen als het ware voor het oprapen liggen, voor tal van disciplines. De paradigmadiscussie levert geen bijdrage aan de ontwikkeling van diverse probleemstellingen, integendeel hij werkt remmend op de totstandkoming van onderzoek in het veld van de huisartsgeneeskunde door de aandacht af te leiden van wezenlijke vragen.

Conclusie

Artikelen over paradigmata voor de huisartsgeneeskunde zijn eerder te karakteriseren als een onnodig zoeken naar de wetenschappelijke identiteit van de huisartsgeneeskunde dan dat ze nu een zinvolle bijdrage leveren aan het verhelderen van de vraagstellingen die men binnen het gebied der huisartsgeneeskunde systematisch zou dienen te onderzoeken. De kortsluiting tussen het gebruik van kennis en theorieën no-

dig voor het handelen van huisartsen en de theorieën nodig voor het bestuderen van dat handelen, maakt de discussie over de verschillende probleemstellingen onnodig onhelder.

Wij zouden willen pleiten voor een zo helder mogelijke probleemverkenning en het in gang zetten van systematisch wetenschappelijk onderzoek, waar geneeskundigen en beoefenaren van basiswetenschappen in samenwerking, of desnoods ieder op hun eigen terrein maar wel met kennis van elkanders aanpak en resultaten, het inzicht kunnen vergroten. De pretentie een eigen wetenschap door paradigma's op te richten, geeft licht aanleiding tot een discussie over schijnproblemen.

Es, J. C. van. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. (1978) huisarts en wetenschap 21, 451-458.

Huygen, F. J. A. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. (1978) huisarts en wetenschap 21, 447-450.

Lamberts, H. en Chr. van Weel. Huisarts en wetenschap: een paradigma. (1978) huisarts en wetenschap 21, 82-83.

Spreeuwenberg, C. Naar de ontwikkeling van een wetenschappelijke discipline huisartsgeneeskunde. (1979) huisarts en wetenschap 22, 162-164.

Verbrugh, H. S. Alternatieve geneeswijzen: een poging tot systematische ordening. In: Het medisch jaar 1979. [Onder hoofdredactie van P. G. Gerlings, W. H. Birkenhäger, J. C. van Es e.a.] Boom, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1979.

Weel, Chr. van. Huisarts, huisartsgeneeskunde en paradigma's. (1978) huisarts en wetenschap 21, 446.

Zee, J. van der. De onmogelijke taak van de huisartsgeneeskunde. N.H.I., Utrecht, 1973.

Nota Bene

„Hooikoorts" heeft weinig met hooi te maken en koorts komt er vrijwel nooit bij voor. (Uit het proefschrift The organization of the spinal cord in reptiles with different locomotor patterns, A. Kusuma, Nijmegen, 1979).

Osteotomieën in de bovenkaak zijn geen uitgekauwde zaak. (Stelling bij het proefschrift Kaakosteotomieën, D. B. Tuinzing, Vrije Universiteit Amsterdam 1979).

(1979) huisarts en wetenschap 22, 360

Samenwerking, huisbezoek en alcohol

Het vijftiengste internationale congres van de SIMG

Van 10 tot en met 13 mei 1979 vond in de Joegoslavische badplaats Opatija het vijftiengste internationale congres van de SIMG plaats. Thema's van het congres waren samenwerking, huisbezoek en alcohol. Dr. K. Gill, huisarts te Zwammerdam, woonde het congres bij en brengt verslag uit.

Opening

Na woorden van welkom door voorzitter Bartolović van het Joegoslavische huisartsengenootschap en partijvoorzitter Marković, werd het congres geopend door de voorzitter van de SIMG, Heller. Deze gaf een overzicht van de curricula huisartsgeneeskunde in de verschillende Europese landen en wees nog eens op de kostenexplosie, die een meer economisch gericht beleid noodzakelijk maakt. Voorts benadrukte hij het grote belang van persoonlijke contacten tussen huisartsen, niet alleen tijdens congressen, maar ook daarbuiten. Hij deed een beroep op met name de jonge artsen om door hun inzet de huisartsgeneeskunde tot volle ontplooiing te doen komen.

Na een muzikaal intermezzo van de „Zagreb Physicians Singers" bracht collega Bolden, winnaar van de SIMG-Janssen Research Prijsvraag, verslag uit van zijn bekroonde onderzoek naar de morbiditeit en contactfrequentie van „single parent families" in zijn plattelandspraktijk in Exeter. Dat deze ge-

zinnen extra aandacht van de huisarts vragen, bleek uit het feit dat de volwassenen gemiddeld ruim zestig procent meer contacten met de huisarts hadden dan de controlegroep: 4,9 tegen 3,0 contacten per jaar; bij de kinderen waren de verschillen kleiner en niet significant: respectievelijk 2,2 en 1,8 contacten per jaar.*

Samenwerking

De rest van de eerste dag was gewijd aan het thema samenwerking. Grahovac sprak over teamwork in de huisartspraktijk in Joegoslavië. In dat land werkt nog slechts drie procent van de huisartsen als solist. Hoofdpunten van zijn voordracht waren het medisch geheim in het team, de kwestie van het leiderschap en de taken van het team; tot deze taken rekende Grahovac de controle van hypertensie, het maken van cervix-smears, het adviseren bij gezinsplanning, het onderhouden van

* De redactiecommissie van huisarts en wetenschap hoopt te zijner tijd nader over dit onderzoek te kunnen berichten.

Figuur. De vier vormen van samenwerking volgens Jakić.

