

DE ONMOGELIJKE TAAK VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

door Drs. J. van der Zee

1. Nabeschouwing over de conferentie.

Wat is er nu eigenlijk gebeurd op de conferentie Huisarts en Wetenschappelijk Onderzoek?

Twee sociologen hebben de wetenschapsopvattingen en het wetenschappelijk werk van huisartsen, althans dat deel wat zich op het terrein van de sociale wetenschappen bevindt, getoetst op hun methodologische ("wetenschappelijke") merites. De derde socioloog (Diederiks) heeft wegen aangegeven waarlangs een betrekkelijk theorie-arme wetenschap tot begripsopbouw en theorievorming kan komen door te schetsen hoe men als wetenschapper met modellen kan werken.

Vooraf de lezingen van Vercruijsse en Philipsen zijn hard aangekomen; van de besproken dissertaties en artikelen (vaak niet eens de slechtste) bleef weinig heel. Fouten, die zij aantonen, zijn vaak van een dusdanig fundamenteel karakter dat men zich moet afvragen hoe het mogelijk is dat methodologische inzichten die gemeengoed zijn onder allerhande wetenschappers (van kernfysici tot macro-sociologen) geen opgeld doen in de (huisarts)-geneeskunde.

Hoe is het mogelijk dat in een proefschrift het volgende beweerd wordt: "De terechte methodologische bezwaren, die tegen mijn onderzoek zijn in te brengen werden verzacht door de omvang van de populatie en door de grote diversiteit van de waargenomen kenmerken". (De Vries, 1973, 112), terwijl de jonge doctor nota bene de boeken van Vercruijsse en De Groot bij de geraadpleegde literatuur vermeldt. Blijkbaar laten de beoefenaren der huisartsgeneeskunde geen methodologen als critici van hun werk toe, anders zouden dergelijke uitspraken nooit de drukproeven halen. Het lijkt wel of de huisartsenproefschriften in eigen kring met andere dan de gebruikelijke wetenschappelijke normen worden beoordeeld. Het gesloten karakter van de medische professie kan men hiervoor verantwoordelijk houden.

2. Het collegialiteitsbeginsel oneigenlijk toegepast.

Het belangrijkste (sociologische) kenmerk van een professie (vrij beroep) is het beginsel, dat de toetsing van resultaten van werkzaam-

heden en beroepshandelingen aan "collega's" is voorbehouden; waarbij het beoefenen van dergelijke handelingen alleen aan de leden van de professie is toegestaan¹⁾.

Onbevoegden mogen de geneeskunst niet uitoefenen - medische fouten worden middels een tuchtrechtelijke procedure beoordeeld. Essentieel is, dat het eigen normenstelsel van toepassing is op de handelingen die voorbehouden zijn aan de leden van de professie. Het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek echter, staat een ieder vrij. De beoefenaar moet zich echter wel blootstellen aan de kritiek van de "community of scientists";²⁾ er bestaan geen aparte normen voor wetenschappelijk werk door huisartsen, want het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek is niet exclusief aan huisartsen voorbehouden. De in dit verband ook veel gemaakte opmerking dat huisartsgeneeskunde zal bestaan uit datgene wat huisartsen aan wetenschap produceren, is, methodologisch gesproken, even absurd als de stelling dat een theorie over bureaucratie pas goed is, wanneer deze door ambtenaren is gemaakt. Maakt bovenstaande redenering wel plausibel waarom er nu nog steeds proefschriften kunnen verschijnen waarin elementaire fouten worden gemaakt: hiermee wordt niet verklaard hoe deze methodologische naïveteit in de geneeskunde, tenslotte een van de oudste universitaire wetenschappen, terecht gekomen is.

3. De methode der Geneeskunde.

Dit is de titel van een boek, geschreven door de Utrechtse oog-arts Wibaut, verschenen in 1962 en opmerkelijk weinig geraadpleegd (noch Huygen, (1968) noch Van Es (1967) of Hansma en Timmers (1969) vermelden het in hun literatuurlijst), waarin hij op lucide wijze de problemen van de geneeskunde als wetenschap naar voren brengt; problemen die evenzeer voor de huisartsgeneeskunde gelden.

Wibaut beschrijft, hoe in het brede terrein van de geneeskunde

1) Voor een uitputtende behandeling van het begrip professie zie Freidson E. - "The profession of medicine". New York 1971.

2) Veel methodologische literatuur, bijv. De Groot (1961, Den Haag) is rond dit begrip opgebouwd. Door de verschijning van het werk van Kuhn, is de absolute waarde van dit begrip wat gerelativeerd. Een zeer leesbare verhandeling hierover geeft Lammers - "De mensen praten mee en tegen" in menswetenschappen vandaag- Lammers e.a. red. Meppel 1972.

wetenschap en traditie heftige slag met elkaar leveren.

"De geneeskunde toont zowel op het terrein van de huisarts als op dat van de specialist een wonderlijke mengeling van redelijk verantwoord en bepaald onvoldoende gegrondvest denken en handelen". (Wibaut, 1962, 236).

3.1. De strijd tussen kunst en kunde.

In Wibauts boek wordt onderscheid gemaakt tussen "geneeskunde" (de wetenschap) en "geneeskunst" (het ambachtelijke traditionele deel van het medische handelen). Kenmerkend voor de "kunde" is de wetenschappelijke basis ervan - karakteristiek voor de geneeskunst is de overlevering; het "vak" zoals dat van leermeester op leerling wordt overgebracht.

Wibaut schetst het spanningsveld tussen traditie en wetenschap en acht het een ernstige belemmering dat medici zich niet of nauwelijks bewust zijn van deze tegenstrijdigheid. (Wibaut 1962, 3-4)

3.2. Het traditionele karakter van de medische opleiding.

Het wordt een medicus niet gemakkelijk gemaakt bij het leren onderscheiden van "kunst" en "kunde". De vorm waarin hij zijn opleiding krijgt is zeer traditioneel van aard. Massale demonstratie-colleges; (co) assistentschappen, waarin de meester-leerling-verhouding het sterkst tot uitdrukking komt; het zelden aangevochten woord van de hoogleraar, maken het voor de medische studenten vrijwel ondoenlijk een onderscheid te maken tussen het op wetenschap berustende deel van de kennis en de persoonlijke stokpaardjes en particuliere liefhebberijen van de leermeester, vooral omdat kunst en kunde in dezelfde handzame, toepasbare vorm worden overgebracht. Het blindelings uit het hoofd leren van puntsgewijs opgestelde leerstof (of het nu om een omstreden stuk medische psychologie of om een keiharde differentiaal-diagnose gaat) heeft mij persoonlijk altijd sterk gefraspeerd wanneer ik medische studenten aan het werk zag.

De vorm van de opleiding is duidelijk traditioneel en met het accent op de ambachtelijk traditionele geneeskunst; terwijl de inhoud dikwijls een beproefd wetenschappelijke basis bezit.

3.3. Het medisch monopolie.

In deze strijd tussen kunst en kunde is er één belangrijke factor

die in het voordeel van de traditie werkt: het feit dat criteria voor het succes van geneeskundig handelen in de meeste gevallen tamelijk onduidelijk zijn.

Wibaut zegt hiervan: *"er is een nog veel groter gebied (-in vergelijking tot het gebied waar de wetenschap is doordrongen- J.v.d.Z.) waarop ons gehele handelen wordt beheerst door een mengsel van overgeleverde voorschriften, gezond verstand als men wil, wat intuïtie en, naar wij hopen, een grote toewijding. In dit niemandsland leven velen met overtuiging hun hobby's uit. De een past rust, de ander beweging toe, de een acetosal, de ander penicilline en de overtuigende genezingen zijn er niet minder om. Gelukkig hij die niet vergeet, dat er veel vanzelf geneest en dat de moed er inhouden in deze een belangrijke begunstigende factor is".* (Wibaut 1962, 3).

Als een praktizerend medicus eenmaal uitgevonden heeft dat een bepaalde behandeling "werkt" dan hoeft hij zich verder over het "waarom" van een dergelijk proces niet meer druk te maken; hij hoeft aan niemand verantwoording af te leggen. Dit laatste betekent een belangrijke belemmering voor de ongebreidelde toetsing van hypothesen en theorieën, een conditio sine qua non voor de ontwikkeling van een empirische wetenschap. Ook gericht onderzoek naar de vraag hoe overtuigende genezingen (wat dat ook precies mogen zijn) langs zoveel verschillende wegen mogelijk zijn, zal grote weerstand bij de potentiële onderzoeksobjecten wekken.

4. Geneeskunde als toegepaste wetenschap.

Er bestaan over het begrip "toegepaste wetenschap" velerlei misvattingen. Het feit, dat praktische toepasbaarheid in een wetenschap centraal staat, maakt een wetenschap nog niet direkt tot een toegepaste wetenschap, want iedere wetenschap kent terreinen en stadia waarin het accent op maatschappelijke toepasbaarheid ligt (V.d. Vlist 1970, 3-4). En iedere wetenschap heeft een zekere distantie van praktische toepasbaarheid nodig voor het ontwikkelen en vervolmaken van relevante theorieën.

Een belangrijker kenmerk van toegepaste wetenschap is, dat zij haar begrippen en theorieën ontleent aan andere wetenschappen; wetenschappen die men, afhankelijk van waardering en stemming, hulp- of basiswetenschappen noemt.

4.1. De organisatie van een toegepaste wetenschap.

Het integreren van basiswetenschappen in een toegepaste wetenschap vergt -organisatorisch gezien- een aantal wetenschappers, die in de geneeskunde, als belangrijkste taak het daadwerkelijk omzetten van scheikunde, natuurkunde en biologie in de geneeskunde, hebben.

Wij treffen dan ook op het uitgebreide terrein van het Akademisch Ziekenhuis een groot aantal instituten en laboratoria aan, bevolkt door fysiologen, klinisch chemici, biologen en door medici, die zich in een van de basiswetenschappen hebben verdiept.

Men kan hier van een getrapte toepassing spreken; via de laboratoria en instituten naar de klinieken, van de klinieken naar de studenten, die het geleerde buiten de academische kliniek in de praktijk moeten brengen.

Dit proces verloopt natuurlijk niet altijd zo rechtstreeks als het hierboven is geschetst:¹⁾ het zou buitengewoon interessant zijn te onderzoeken hoe de feitelijke integratie van dergelijke basiswetenschappen in de geneeskunde verloopt en wat de determinanten zijn van de wijze waarop dat proces verloopt.

Essentieel is echter dat een toegepaste wetenschap een aantal vrijgestelden nodig heeft met als taak het toepasbaar maken van de basiswetenschappen.

5. Consequenties voor de huisartsgeneeskunde.

In het voorafgaande verhaal is herhaalde malen betoogd, dat de problemen rond de geneeskunde als wetenschap evenzeer voor de huisartsgeneeskunde gelden.

Daarbij heeft de huisartsgeneeskunde nog een aantal extra handicaps, voortspruitend uit het feit dat zij vanuit de praktijk naar de universiteiten gekomen is, handicaps die deels van technische, deels van principiële aard zijn.

1) Natuurlijk is dit niet de enige manier waarop de resultaten van de wetenschap tot de kliniek doordringen; wetenschappelijke tijdschriften vervullen een belangrijke rol. De grote voorliefde van medici voor congressen en lezingen met lichtbeelden, doet echter vermoeden, dat de traditionele opleidingsvorm, waarin mondelinge overdracht belangrijker is dan het geschreven woord, ook hierin nog doorwerkt.

Zo ontbreekt bijvoorbeeld de laag van integratoren; vrijgesteld van het direkt toepassen van de wetenschap; met als taak het integreren van de basiswetenschappen.

De universitaire huisartseninstituten zijn klein, bevolkt door ex-huisartsen, die zich dikwijls -in hun moeizame pogingen het terrein van de huisartsgeneeskunde af te bakenen- sterk aan de "praktijk" vastklampen, zodat ze er niet toe komen theoretische kaders te ontwikkelen, broodnodig voor de bevordering van de huisartsgeneeskunde als wetenschap.

Er loopt een enkele gedragswetenschapper rond; soms zijn het er meer, maar vergeleken met het aantal wetenschappers in de klassieke geneeskunde is hun getal zo gering dat men niet van hen kan verlangen de integratie van de sociale wetenschappen in de geneeskunde voor hun rekening te nemen. Gezien het feit, dat ze het toelaten ook in de meest miserabele studies onder dankzegging vermeld te staan, is ook hun ambitie in dezen tamelijk gering.

Bovendien hebben de huisartseninstituten direkte verantwoordelijkheid voor de opleiding tot huisarts; van getrapte toepassing is geen sprake. De verleiding om iedere nieuwe vondst, hoe weinig doordacht en systematisch ook uitgewerkt, direkt op de studenten over te brengen, lijkt onweerstaanbaar, vooral omdat het opleidingsprogramma inhoudelijk nog vele leegtes bevat.

Had de ouderwets opgeleide huisarts, dus ook de huidige huisartsopleider, door zijn (ook ruimtelijk) grote afstand tot het geneeskundig wetenschappelijk bedrijf, al heel weinig wetenschappelijke schooling, ook de nieuwe opleiding geeft nauwelijks garanties hiervoor.

5.1. Voorlopige conclusies.

Voor een deel gaat het hier om min of meer technische, organisatorische problemen, die ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de weg staan.

Een aantal suggesties zou men op grond hiervan kunnen doen:

- ten eerste zou men dit boekje wijd en zijd kunnen verspreiden, zodoende onbezonnen pogingen tot het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek verijdelend.

- verder kan men huisartsen, die de lust tot het doen van onderzoek ook na lezing nog niet is vergaan, bijscholen d.m.v. logika-, methodologie-, statistiekcursussen en seminars theorieconstructie.¹⁾
- de vorm van de opleiding, waarin kunst met kunde wordt verward, is belangrijk; experimenten waarin geprobeerd wordt studenten het onderscheid te leren, verdienen grote aandacht.
- het ontbreken van vrijgestelden en de direkte occupatie met de opleiding vormt een rem op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als wetenschap. Uitbreiding van de huisartsinstituten of nauwere samenwerking met speciale afdelingen van de sociale wetenschappen (medische sociologie bijv.) kan ook de huisartsgeneeskunde theoretisch verrijken.
- via de door Diederiks geschetste modelsgewijze theorie-opbouw kan ook de huisartsgeneeskunde een begin maken met de constructie van wetenschappelijk gefundeerde kennis.
- tenslotte kan men zich in de huisartsgeneeskunde gaan toeleggen op de terreinen die meer in het verlengde van de klassieke geneeskunde liggen, studies over vroegdiagnostiek, effect van geneesmiddelen etc., omdat vorenstaande problemen vooral opdoemen als de huisarts zich op het terrein van de sociale wetenschappen begeeft.²⁾

6. De huisartsgeneeskunde als reactie.

Toch kunnen deze suggesties alleen maar voorlopig genoemd worden. Als men de problemen in de huisartsgeneeskunde reduceert tot problemen van methodologische en technisch-organisatorische aard, dan accepteert men als vanzelfsprekend dat er een (nog geheel op te bouwen) wetenschap als huisartsgeneeskunde zou moeten bestaan.

Maar juist het ontstaan van de huisartsgeneeskunde (door pressie vanuit verenigingen van praktizerende huisartsen, op dezelfde wijze dus als een bijzondere leerstoel in de homoeopathie of de acupunctuur

1) Een zeer goede reden voor onderzoek kan bijvoorbeeld de wens tot doorlichting van eigen praktijk en inzicht in eigen handelen zijn (de reikwijdte van dergelijke studies is gering, maar dat hoeft ook niet groter te zijn).

2) Dit is, zoals in par. 7 e.v. zal blijken, geen toeval.

zou ontstaan) is een zeer vreemde zaak in een gesloten en beschermd systeem als dat van de medische wetenschap, waar de weg tot een succesvolle genezing zo moeilijk geëvalueerd kan worden en op zoveel verschillende wijzen tot stand kan komen.

Er moet iets heel bijzonders aan de hand zijn, wil er in de groep van praktizerende geneeskundigen een dusdanig onbehagen ontstaan, dat men een nauwelijks verholde aanval op de universitaire geneeskunde opent. Laten we eens kijken of deze fundamentele onvrede terug te vinden is in de visie van de eerste hoogleraren in de geneeskunde van de huisarts.

6.1. De visie van de pioniers.

De oratie van Van Es (1967), de tweede hoogleraar ter wereld in de huisartsgeneeskunde en de eerste in Nederland, is een mengeling van praktische wenken en literaire uitweidingen. Hij beschrijft de onvrede van de huisarts met zijn beroep, noemt het uiteengroeien van de specialistische geneeskunde aan de universiteiten en de perifeer werkende huisarts en vergelijkt dit met een uitdijende stad waarvan het centrum in verval raakt.

Van Es geeft wel aan dat de huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde verschillen (noemt, voor wat de huisarts betreft, de continue, integrale zorg en de mogelijkheid van de huisarts de patiënt in zijn milieu te bestuderen), maar zegt even verder dat:

"Men de huisartsgeneeskunde (kan) vergelijken met een weefsel, waarvan het patroon karakteristiek is en verschilt van de specialistische geneeskunde, maar waarvan de gebruikte materialen, de schering en de inslag dezelfde zijn. Essentieel is, dat in de beroepsopleiding tot huisarts niet zozeer nieuwe elementen worden ingevoerd, dan wel dat een andere rangschikking van die elementen moet plaatsvinden, een rangschikking die anders is dan bij de opleiding tot specialist".

Een duidelijk onderscheid tussen huisartsgeneeskunde en specialistengeneeskunde wordt niet gemaakt; geconstateerde verschillen worden weer gladgestreken.

Nu is de verdoezeling van de verschillen wel te verklaren vanuit een diplomatiek standpunt (als enige vreemde eend in de bijt moet men wat voorzichtig manoeuvreren), maar ook over huisartsgeneeskunde als wetenschap - een veel minder bedreigende ingang, - laat Van Es zich voorzichtig uit.

Hij citeert Ortega y Gasset:

"als de wetenschap in het beroep binnendringt, zal zij als wetenschap uit elkaar moeten vallen om zich, rondom een ander middelpunt en principe, als beroepstechniek te organiseren". (p. 25).

De noodzaak van een nieuwe wetenschap; duidelijk verschillend van de "oude geneeskunde" ziet hij niet. Wat hij wel ziet, verzinkt in tegenstrijdige citaten.

Huygen heeft een scherpere kijk op de noodzaak tot vernieuwing. Hij stelt dat:

"deze term (huisartsgeneeskunde) voor de wijze van uitoefenen van het beroep als situatie-specialisme gerechtvaardigd mag zijn: als tak van wetenschap zal de huisartsgeneeskunde nog grotendeels moeten worden opgebouwd". (Huygen 1969, 232-233).

Hij zet zich af tegen de visie van de specialisten en vindt dat de huisartsen door eigen wetenschappelijk werk tegenspel moeten bieden. Is zijn diagnose van de situatie juist; zijn remedie "ga maar waarnemen en registreren" kan - zoals Vercruijssse overtuigend heeft aangetoond - alleen maar "gemengd nieuws"(om Philipsen's term te gebruiken) opleveren.

Beide pioniers gaan echter nauwelijks in op het unieke van het feit dat een aanzienlijk deel van de opgeleide artsen (de huisartsen) ernstige onvrede met hun geneeskundige arbeid hebben.

Er is veel meer aan de hand dan "karakteristieke verschillen van patroon, maar gelijkheid van materiaal, schering en inslag" (Van Es 1967, p. 24).

Het hele fundament van de geneeskunde - het medisch model -, of liever gezegd het medisch paradigma, het pathologische en fysiologische ziektemodel, staat, zoals Diederiks (1973) het in zijn lezing en Verbrugh het in zijn boeken (1972) en artikel (1973) heeft genoemd, te schudden op zijn grondvesten.

7. Naar een nieuw paradigma.

Terwijl Diederiks het voorshands niet nodig vindt voor het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde als wetenschap om alle energie op het nieuw paradigma te richten en voor deze ontwikkeling een veel bescheidener weg - de modelsgewijze theorie-opbouw - aangeeft, be-

schouwt Verbrugh de situatie in de geneeskunde als dusdanig kritiek, dat zonder nieuwe bezinning op de uitgangspunten van de geneeskunde maatschappelijk catastrofale gevolgen zullen ontstaan.

7.1. Maatschappelijk consequenties van het hulpverleningsparadigma.

Dokter en Milikowski hebben met hun artikel over de opleiding tot huisarts (medisch contact 1973) een poging in de richting van het ontwikkelen van een nieuw paradigma gedaan, (door Diederiks het hulpverleningsparadigma genoemd).

Zij beschouwen de geneeskunde als een specifiek onderdeel in de integrale hulpverlening, als zij gezondheid als volgt definiëren:

(p.87) *"Gezondheid dient begrepen te worden als een proces van ontplooiing van de mens in zijn relatie tot zijn naaste omgeving en tot de gehele samenleving"*. Zij laten uit de Woudschoten-definitie het woordje "de" weg waar zij spreken over *"het aanvaarden van verantwoordelijkheid, (dus niet de verantwoordelijkheid) voor de continue, integrale en persoonlijke zorg"* en leggen de nadruk op het feit dat de huisarts één van de hulpverleners is.

In hun betoog zijn twee (verwante) thema's te onderscheiden:

- A) Uit het herdefiniëren van de Woudschoten-definitie - niet "de" maar één van de hulpverleners - blijkt een nadruk op het relativeren van de positie van de huisarts.
- B) Uit hun definitie van gezondheid als een ontplooiingsproces blijkt dat zij gezondheidstoornissen zien als beperkingen in de ontplooiing veroorzaakt door stoornissen in het relatieproces tussen mens en omgeving, Zij relateren gezondheidstoornissen aan maatschappelijke oorzaken.

Laten wij deze thema's eens op hun consequenties bekijken:

- A) Relativering van de positie van de huisarts.

Een van de rechtvaardigingen voor de maatschappelijk bevoorrechte positie van de huisarts die een belangrijk deel van de medisch-somatische zorg heeft moeten afstaan aan ziekenhuis en specialist, is zijn (geclaimde) verantwoordelijkheid voor het totale gebied van de hulpverlening.

Op het moment dat de deskundigheid van andere hulpverleners (die vaak een veel specifiekere opleiding bezitten) wordt erkend en op

het moment dat de huisarts zijn patiënten met psychogene of sociogene klachten samen met op dit terrein specifiek deskundigen moet gaan behandelen, zal het grote verschil in beloning voor hetzelfde werk de kans op samenwerking niet bevorderen.

Dijkhuis' schaap met 89 poten (1973) is in al zijn lachwekkendheid een consequente poging om de huisarts het totale gebied van de hulpverlening althans in naam te laten blijven claimen. De maatschappelijke positie van de huisarts blijft hiermee weliswaar intact; de frustraties van de huisartsen zullen er niet minder om worden, als ze zich telkens weer competent op een nieuw terrein moeten verklaren ("Uw dokter weet er alles van"), terwijl een dergelijke zich steeds uitbreidende competentie door de concurrerende hulpverleners scherp bestreden zal worden.

Of, als men de huisartsgeneeskunde tot een tak van de hulpverleningswetenschap (waar nu het wetenschappelijk centrum bij de klinische psychologie ligt)¹⁾ wil maken met een daarbijbehorende geringere "case-load" per hulpverlener, dan is de vrije ondernemerswijze praktijkvoering, met grote schulden in het begin en grote patiëntenaantallen om de exploitatie kloppend te maken, een dikwijls onoverkomelijke barrière.

B) De maatschappelijke oorzaken.

Macro-sociologisch gezien dankt de arts zijn bevoorrechte positie in onze samenleving aan zijn vermogen een veelheid van individuele problemen op te lossen met een op aanpassing van het organisme gerichte therapie. Artsen brengen de mensen weer in het gareel of geven iemand de mogelijkheid - ziekteverlof - zich enige tijd aan de maatschappelijke druk te onttrekken.

De wetenschappelijke achtergrond van een dergelijke benadering is het "medisch model", waar de oorzaak (en dus het aangrijpingspunt voor therapie) van lichamelijke stoornissen, in de constructie van het organisme wordt gezocht. De harmonie tussen het wetenschappelijke beeld en de maatschappelijke functie van de huisarts wordt

1) Deze wetenschap heeft overigens te kampen met precies dezelfde problemen van "kunst en kunde", gezien de recente oratie van De Moor, "Individuele psychotherapie - praktische kunst of wetenschappelijke activiteit". (1973, 23 e.v.)

wreed verstoord als maatschappelijke oorzaken binnen het wetenschappelijke beeld worden getrokken.

Stel dat een therapeut (een huisarts) heeft vastgesteld (hetzij door wetenschappelijk afwegen¹⁾ van een veelheid van factoren, hetzij doordat hij in het algemeen al ervan overtuigd is dat bepaalde individuele problemen veroorzaakt worden door verscherpte uitbuiting, vals bewustzijn, de vader/dochter of moeder/zoon-verhouding) dat de belangrijkste oorzaak van iemands gezondheidstoornissen in dat deel van de sociale omgeving ligt dat niet direkt te beïnvloeden is (arbeidsverhoudingen b.v.), wat voor consequenties heeft dat dan voor zijn therapie? Moet hij "zudecken" of "abdecken"? Hij moet in ieder geval een (maatschappelijk-politieke) keuze maken, voor of tegen aanpassing.

Zolang er wordt ontkend dat deze keuze wordt gemaakt (als men de oorzaak van de stoornissen in principe in het organisme zegt) heeft een (huis)arts een rustig geweten.

Op het moment dat hij accepteert dat maatschappelijke oorzaken in belangrijke mate van invloed zijn op het voorkomen van welzijnsstoornissen, kan hij een keuze niet meer ontlopen: kiest hij tegen aanpassing van het individu (wat ook een geheel nieuw soort "therapeutisch" gedrag van de kant van de arts zou vergen) dan zal dat hem door de heersende machten in de samenleving niet in dank worden afgenomen; zijn bevoorrechte maatschappelijke positie (aanzien, beloning) komt ter discussie.

8. Tenslotte.

Het is duidelijk dat een aantal van de voorlopige conclusies voorbarig was. Er is in de huisartsgeneeskunde meer aan de hand dan het probleem van de te kleine instituten en de occupatie met de opleiding. Het ontstaan van de huisartsgeneeskunde is gevolg van een veel fundamenteelere crisis in de medische wetenschap; de consequenties en oorzaken van deze crisis zijn van maatschappelijke, eerder dan van weten-

1) De wetenschappelijke ontwikkeling op het gebied der etiologie van lichamelijk of psychisch onwel bevinden is lang niet ver genoeg gevorderd om in individuele gevallen de zwaarte van supra-individuele, individuele en sub-individuele oorzaken te wegen. In de meeste gevallen zal de therapeut vanuit zijn eigen visie die weging moeten aanbrengen.

schappelijke aard. Het feit dat de crisis in het medisch model heeft geleid via oprichting van het N.H.G. als wetenschappelijke vereniging naar het oprichten van het N.H.I. als wetenschappelijk instituut en het instellen van leerstoelen in de wetenschap der huisartsgeneeskunde, waarvan het peil, gezien de resulterende dissertaties, niet anders dan uiterst laag genoemd kan worden, heeft de aandacht afgeleid van de oorzaken van de crisis en geeft de illusie dat men de crisis overwonnen heeft op het moment dat de huisartsgeneeskunde wetenschappelijk als volwaardig kan worden beschouwd.

Discussie over de huisartsgeneeskunde - hoe formeel wetenschappelijk deze ook moge zijn - is niet vrijblijvend; integratie van de sociologie (en zeker van de sociale etiologie) tast het medisch model aan; aantasting van het medisch model vergt een fundamentele heroriëntatie op de taak, maar ook op de sociale positie van de huisarts; zolang men deze positie niet ter discussie stelt blijft men bij jaarlijks weeklagen; zolang men alleen zijn weg zoekt in de huisartsgeneeskunde als wetenschap staan de beoefenaren ervan voor een onmogelijke taak.

Literatuur

- Diederiks, J.P.M. en R. Kraan, - Modellen en accumulatie van kennis in de sociologie, Soc. Gids, 1972, 1, p. 1-14.
- Diederiks, J.P.M. - Is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde. Lezing op de conferentie Huisarts - Wetenschappelijk Onderzoek (1973).
- Dokter, H.J. en H.Ph. Milikowski, - De opleiding tot huisarts, Med. Contact, 1973, 28 P. 185 - 190.
- Dijkhuis, H.J.P.M.- De doelstellingen van de opleiding in de huisartsgeneeskunde, Med. Contact, 1973, 28, p. 190 - 193.
- Van Es, J.C. - Het moderne gewaad van de huisarts, Assen, 1967.
- Freidson, E. - The profession of medicine, New York, 1971.
- Hansma, J. en M. Timmer - Huisartsgeneeskunde als zelfstandige wetenschappelijke discipline - Soteria, jan-feb-1969 p. 1-12.
- Huygen, F.J.A. - Wetenschappelijk onderzoek door de huisarts, in Bremer, e.a., Red., Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, Leiden, 1969.
- De Moor, W. - Individuele psychotherapie. Praktische kunst of wetenschappelijke activiteit? Leuven, 1973.
- Philipsen, H. - Lezing op de conferentie huisarts en wetenschappelijk onderzoek, 1973.
- Verbrugh, H.S. - Geneeskunde op dood spoor, Rotterdam, 1972.
- Verbrugh, H.S. - Paradigma's in de geneeskunde, Intermediair, 1973. 15 april, p. 33 e.v.
- Vercruijssse, E.V.W- Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartsenpraktijk. Lezing op de conferentie huisarts-wetenschappelijk onderzoek, 1973.
- Van der Vlist, R. - Verschillen in groepsprestaties in de Nederlandse zeevisserij, Groningen, 1970.
- De Vries, A.E.N. - Gezin en hulpverlening in Dorp-bij-Stad, Nijmegen, 1973.
- Wibaut, F. - De methode der geneeskunde, Haarlem, 1962.