

Aangezien ik met vele anderen van mening ben, dat niet alleen de verkeerstraumatologie in het algemeen, doch vooral de hiertoe behorende eerste hulpverlening in het bijzonder in de ongevalleneeskunde een eigen plaats inneemt, die hoge eisen stelt aan kennis en ervaring van degene, die er mee wordt belast, kan en moet mijns inziens deze eerste hulp uitsluitend worden verleend door artsen en eventueel door kleine groepen, speciaal getrainde leken, zoals ziekenwagenpersoneel en dergelijke. Ter doelmatige uitvoering van deze behandeling voor en tijdens het transport zijn als bijzondere hulpmiddelen, waarmee elke ambulance uitgerust behoort te zijn, onontbeerlijk: zuigapparaat en zuurstofcilinder met beademingsapparatuur. In februari 1960 waren van de 462 ziekenauto's, in Nederland aanwezig, nog slechts 25 procent voorzien van een zuigapparaat en ongeveer 50 procent van zuurstof- of beademingsapparatuur. Op de R.A.I.-tentoonstelling 1961 echter is uit vele opmerkelijke verbeteringen gelukkig gebleken, dat men in dit opzicht de laatste jaren meer aandacht is gaan besteden aan de inrichting van de ongeval-
lenambulance.

Tenslotte dienen tot de speciale uitrusting van de ziekenauto te behoren: Trendelenburgsteller, infusiebestek met -vloeistoffen en Thomasspalk.

- Adams, J. E. en H. C. Naffziger (1954) Surg. Clin. N. Amer. 1349.
Baker, H. W. en R. A. Wise (1956) Am. J. Surg. 92, 416.
Barcroft, H. (1957) Triangel (Sandoz) III, 2 : 53.
Bauer, K. H. (1957) Ciba-symposium 5, 148.
Best, C. H. en N. B. Taylor (1955) The physiological basis of medical practice, Williams en Wilkins, Baltimore.
Carstensen, E. en W. J. Ewerwahn (1957) Dtsch. med. Wschr. 82, 1338.
Centraal Bureau v. d. Statistiek (1959) Statistiek van de verkeersongevallen op de openbare weg 1958-1959. De Haan, Zeist.
Centraal Bureau v. d. Statistiek (1961) Statistiek van de verkeersongevallen op de openbare weg 1956-1957. De Haan, Zeist.
Clarke, R., F. G. Badger en S. Sevvitt (1959) Modern trends

- in accidental surgery and medicine. Butterworth, London.
Committee on Trauma American Coll. of Surgeons (1960) The management of fractures and soft tissue injuries. Saunders, Philadelphia en London.
Ehalt, W. (1961) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen. Enke, Stuttgart.
Fischer, A. W. (1959) Deutsche Therapiewoche in Karlsruhe.
Fisher, M. R. (1958) Clin. Sci. 17, 181.
Friedhoff, E. en V. Hoffmann (1959) Münch. med. Wschr. 101, 1430.
Gardner, B. en R. H. Hood (1961) Ann. Surg. 153, 23.
Gibson, J. M. C. (1960) J. Bone Jt Surg. 42b, 425.
Gissane, W. (1960) Symposium Accident management and general practice, Birmingham. ref. (1961) J. Bone Jt Surg. 43b, 181.
Glenn, F. (1953) Amer. J. Surg. 85, 461.
Hossli, G. (1959) Schweiz. med. Wschr. 89, 762.
Kennedy, R. H., L. Blum, B. F. Bryer en B. A. Paysoni (1957) Bull. Amer. Coll. Surg. 42, 107.
Kulowski, J. (1960) Crash Injuries. Thomas, Springfield.
Kummer, A. (1954) Ned. T. Geneesk. 98, 1305.
Lenschok, C. H. (1953) Ned. T. Geneesk. 97, 3224.
Lewin, W. (1953) Brit. med. J. I, 1239.
Lob, A. (1960) Med. Klin. 55, 875.
Mathewson, C. (1954) Surg. Clin. N. Amer. 1455.
McLaughlin, H. L. (1959) Trauma. Saunders, Philadelphia en London.
McLaurin, R. L. en B. H. McBride (1956) Ann. Surg. 143, 294.
Ricklin, P. (1958) Helv. chir. Acta 25, fasc. 3, suppl. IX.
Ruben, H. en N. Bentzen (1960) Het Reddingwezen 49, 73.
Ruben, H., N. Bentzen en S. K. Saev (1960) Lancet I, 849.
Stallman, H. F. (1961) huisarts en wetenschap 4, 102.
Sugioka, K. en D. A. Davis (1960) Anesthesiology 21, 135.
Szanto G., O. Szekeley en J. Heid (1960) Acta med. Acad. Sci. hung. 1, 261.
Thurston Whitaker, H. (1957) Ann. Surg. 145, 974.
Verbiest, H. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 351.
Verbiest, H. (1956) Ned. T. Geneesk. 100, 3767.
Verbiest, H. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 193.
Vet, A. C. de (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 996.
Vet, A. C. de (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 2125.
Vowles, K. D. J., F. E. Barse, W. J. Bovard, C. M. Couves en J. M. Howard (1961) Ann. Surg. 153, 202.
Wade, P. A. (1952) Surg. Clin. N. Amer. 667.
Watson-Jones, R. (1960) Fractures and Joint Injuries. Livingstone, Edinburgh en London.
Zeldenrust, J. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 333.
Zwan, A. van der (1954) Ned. T. Geneesk. 98, 1043.
Zwan, A. van der (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 1382.

Huisarts en Medisch Opvoedkundig Bureau*

DOOR DR E. C. M. FRIJLING-SCHREUDER**

Het is bijzonder belangrijk mee te beleven, hoe snel de belangstelling van de huisarts voor het maatschappelijk werk zich ontwikkelt. Het past in het geheel van de veranderende instelling van de huisarts tegenover zijn beroep, waarbij de patiënt ook als mens met relaties tegenover gezinsleden en maatschappij veel helderder wordt gezien. Querido's

werk over de integrale geneeskunde heeft bij de huisartsen bijzonder veel weerklank gevonden. Het werk van Van Es over de invloed op het gezin van de uit huis plaatsing van een zwakzinnig kind lijkt mij een voorbeeld voor de huisarts, hoe hij zijn verantwoordelijkheid tegenover patiënt en gezin kan beleven en er zich wetenschappelijk rekenschap van kan geven.

Nu hebben in ons land de Medisch Opvoedkundige Bureaus het langst ervaring van de samenwerking in teamverband tussen medici en maatschappelijk werkers. Het lijkt mij daarom van belang te

* Inleiding, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte”, te Nijmegen, april 1961.

** Medisch leidster van het Amsterdams Medisch Opvoedkundig Bureau.

beschrijven, hoe de team-samenwerking aan het M.O.B. is en ook, welke gevallen wij menen dat voor beïnvloeding door de psychiatrisch geschoold maatschappelijk werkster in aanmerking komen. De psychiatrisch sociale werksters (p.s.w.) aan het M.O.B. hebben zich, na hun opleiding aan de school voor maatschappelijk werk in het individueel maatschappelijk werk, gespecialiseerd op de gezinsrelaties. Een gedeelte van deze vorming krijgen zij aan de M.O.B.'s. De term psychiatrisch sociaal werkster betekent dus niet een kruising tussen psychiater en sociaal werkster, maar in dit verband een sociaal werkster, die zeer ver is gespecialiseerd in de kennis van de intermenselijke relaties en hun beïnvloeding, en die haar beroep uitoefent in nauwe samenwerking met in dit geval de kinderpsychiater. Sinds 1928, toen het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau in ons land werd opgericht, hebben vele huisartsen met het werk van het M.O.B. kennis gemaakt. Het M.O.B. beoogt hulp te verlenen aan de kinderen, wier opvoeding in enigerlei vorm moeilijkheden oplevert. Het onderzoek wordt gedaan in teamverband. Het team bestaat uit een psychiatrisch geschoold maatschappelijk werkster, een psycholoog, een kinderarts en een psychiater, die ieder zelfstandig hun eigen aandeel aan het onderzoek leveren, waarna tenslotte in een discussie van het volledige team met de leiding van het M.O.B. een behandelingsplan wordt opgesteld.

Voor de huisarts is de volkomen zelfstandigheid van ieder team-lid nog een novum. Hij kent wel medische hulpkrachten, maar nog geen multi-disciplinaire benadering van bepaalde problemen; wij zien ook wel eens bij psychiaters, die pas aan een M.O.B. komen werken, dat deze gelijkwaardigheidsverhouding tot een bepaalde onzekerheid leidt, waarbij elkaars werkteerein beurtelings wordt overschat en onderschat. Het is bijzonder verheugend, dat het aantal verwijzingen door huisartsen naar het M.O.B. voortdurend toeneemt en een zeer groot percentage uitmaakt van de vrijwillig komende gevallen. Toch zien wij ook bij de huisartsen wel eens die enorme overschatting van wat een M.O.B. doen kan, die dan natuurlijk door teleurstelling moet worden gevolgd.

Hoewel dus de huisartsen een groot percentage van de kinderen verwijzen, is het M.O.B. toch voor de huisarts niet een prettige instantie om mee te werken. Het kan niet veel doen aan gevallen, waarbij op korte termijn moet worden ingegrepen. Zwaar organisch gestoorde kinderen behoren ook niet bij het M.O.B. thuis. Het heeft dus al een beperkte doelstelling: hulp te verlenen in die gezinnen, waarin de relatie tussen ouders en kinderen door casework gunstig kan worden beïnvloed of/ en waar het kind van psychotherapie, in welke vorm ook, kan profiteren. In de laatste jaren gaat de belangstelling aan het M.O.B. ook uit naar heel lichte neurologische en zintuiglijke stoornissen als basis van neurotische reacties. Hierbij is te denken aan de invloed van lichte oogafwijkingen en lichte oog-

standafwijkingen op de ontwikkeling van de aanpassing in de ruimte. Met deze oogafwijkingen verbonden zien wij vaak moeilijkheden in het leren lezen, maar ook in de oriëntatie van figuren in de ruimte, waardoor het schrijven, tekenen en handwerken ernstig wordt bemoeilijkt. Deze kinderen gelden dan als onhandig, lui en slordig. De afwijking is vaak zo gering, dat zij bij een oriënterend onderzoek van de visus niet wordt herkend en ook de afwijkingen in de oogstand en in de coördinatie van de oogbewegingen kunnen bij oppervlakkig onderzoek onopgemerkt blijven.

Behalve deze oogafwijkingen en de zeer lichte graden van doofheid, komen ook de gevolgen van lichte geboortetraumata vaak te voorschijn in bewegingsonrust en slecht gecoördineerde bewegingen. In een aantal van deze gevallen vinden wij ook een gestoord electroëncefalogram; een zorgvuldige anamnese over de bevalling en de eerste levensdagen kan ons op het spoor brengen.

Dergelijke stoornissen komen bij het lichamelijk onderzoek lang niet altijd te voorschijn, maar het is juist vaak de combinatie van lichamelijk en psychologisch onderzoek die op het idee kan brengen, waarna dan uiteraard oogheelkundig en/of neurologisch onderzoek volgt. Leerstoornissen van niet-organische aard, allerlei soorten gedragsmoeilijkheden, geremdheden maar ook psychogene lichamelijke klachten horen zeker op het M.O.B. thuis.

Hebben wij dus een geval dat bij het M.O.B. thuis hoort, dan stuiten wij eerst op de voor de arts vreemde situatie, dat de psychiatrisch sociaal werkster het spreekuur houdt. Bij haar worden voorlopig de klachten genoteerd, en de eerste indruk gevormd van de gezinsproblematiek en de instelling van de ouders ten opzichte van de verwijzing. Helaas volgt dan aan bijna elk M.O.B. een wachttijd van enige weken tot maanden, waarna het onderzoek zelf nog eens weken duurt. Als dus een huisarts verwijst, krijgt hij op zijn vroegst maanden later uitslag van het onderzoek, wat op zichzelf al niet prettig is. Als er dan meer moet gebeuren dan beïnvloeding van de ouders, volgt het wachten op psychotherapie van het kind, dat helaas nog veel en veel langer duurt dan het onderzoek. Het is dus geen wonder dat het M.O.B. bij de huisartsen niet altijd populair is; het is veel meer een wonder dat de samenwerking, ondanks alle handicaps, zo goed blijft en nog steeds beter wordt.

Misschien is het hier op zijn plaats iets te zeggen over het psychiatrisch sociaal werk en de methodiek daarvan. Heel vaak zal een advies van het M.O.B. luiden „sociale beïnvloeding van de ouders”. Hiermede wordt niet bedoeld het nemen van sociale maatregelen, maar de beïnvloeding van de relatie tussen ouders en kinderen. Het gaat dus niet om het geven van opvoedingsadviezen, maar om een poging datgene te redresseren wat in de verhouding scheef is gegroeid: de strijdrelatie met het kind, de overbezorgdheid, het domineren enzovoort. Het komt bijna nooit voor, dat het voldoende is de

ouders erop te wijzen, dat hun houding tegenover het kind voor het kind ongunstige ontwikkelingsvoorwaarden schept. Meestal kan een dergelijke beïnvloeding alleen langs grote omwegen succes hebben. Natuurlijk zal men beginnen met zich de conflictsituaties te laten vertellen, maar er zullen ook zeer veel andere dingen moeten worden verteld, uit het huwelijk van de ouders, uit de jeugd van de ouders, die dan echter niet, als bij individuele psychotherapie, alleen op henzelf worden betrokken, maar vooral in hun relatie tot hun kind worden gewaardeerd.

In welke gevallen deze beïnvloeding mogelijk zal zijn en in welke niet, is vaak moeilijk af te tasten. Het beoordelen van de gezinssituatie is lang niet altijd gemakkelijk. Bij in het oog springende misstanden zal men natuurlijk graag iets doen; men moet zich dan echter wel goed afvragen of het gezin meer gebaat is met een verwijzing naar een kinderbeschermingsinstantie, die eventueel maatregelen kan nemen om het kind tegen de ouders te beschermen, of met een verwijzing naar een M.O.B., waar de ouders alleen vrijwillig kunnen komen en ervan kunnen profiteren als zij werkelijk behoefte hebben aan hulp. Helaas is er een groot aantal gevallen, die van geen enkele verwijzing kunnen profiteren, te weten die, waarin er voor een kinderbeschermingsinstantie net niet voldoende reden is om in te grijpen en waarin toch een samenwerking op de basis van vrijwilligheid onmogelijk is. Hierbij behoren ook al die gevallen, waarin er geen sprake is van verwaarlozing of slechte behandeling van het kind, maar waar de eigen pathologie van de ouder een beïnvloeding van de gestoorde relatie via casework-methodiek onmogelijk maakt. Een heel klein percentage van die gevallen zal voor persoonlijke psychotherapie van de ouder in aanmerking komen, maar wij moeten ons bewust blijven dat er nu eenmaal vrij veel stoornissen in de gezinsrelaties zijn waar wij op dit moment nog niets aan kunnen doen. Er gevoel voor te krijgen, waar een verwijzing zinvol is, zal altijd wel lange ervaring eisen en het M.O.B. verwacht dan ook zeker niet van de huisarts, dat uitsluitend de bijzonder goed toegankelijke gevallen worden verwezen; wèl, dat hij er begrip voor heeft, als een verwijzing niet altijd het gewenste resultaat heeft.

Bij de zeer gestoorde ouders zijn er, die ook voor de huisarts heel moeilijk zijn, bijvoorbeeld door hun overbezorgdheid, of hun neiging tot het scheppen van moeilijkheden, ook in de relatie tot de huisarts. Die gevallen zijn dan wel aangenaam om te verwijzen, en voorzover er nog bij de ouder behoefte aan hulp is, niet eens altijd ontoegankelijk. Daarnaast staan die mensen die in de sociale omgang geen enkele pathologie vertonen. Men zou hen als huisarts graag tot de eigen vriendenkring rekenen. Zij zijn bescheiden, goedwillend, spreken met warmte over hun kinderen, en toch is er in hun gevoelsinstelling tegenover het kind iets dat zijn normale ont-

wikkeling in de weg staat. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het volledig moeten ontkennen van elke jaloersheidsuiting van het kind, het moeten scheppen van een zo vriendelijke sfeer, dat daarin voor de normale boosheden geen plaats meer is; het moeten ontkennen van alle driftmatige impulsen bij het kind, vaak gepaard gaande met een overstromen van het kind met prikkels, die tot ernstige stoornissen in de ouder/kind relatie en tot ernstige gevoelsmoeilijkheden bij het kind kunnen leiden. Hier zou men zich op het aardige, goedwillende, brave, fatsoenlijke van de ouders verkijken, terwijl toch in die gevallen een verwijzing, een poging om de ouder/kind relatie te beïnvloeden, zeker op zijn plaats is, als de ouders althans iets van de moeilijkheden van het kind kunnen zien.

Het zijn uiteraard voor de beïnvloeding geen gemakkelijke gevallen omdat de ouders helemaal achter hun eigen instelling tegenover het kind staan en die zelf niet in eerste instantie als gestoord beleven. Zolang zij echter wel behoefte hebben aan hulp voor het kind, kan men verwijzen en kan het M.O.B. proberen om enig gevoel voor de moeilijkheden te wekken. In deze gevallen zou men geneigd zijn te volstaan met een eenvoudig raad geven, dat dan eventueel in de intellectuele sfeer ook nog zou kunnen worden geaccepteerd, zonder dat het echter aan de instelling van de ouders iets kan veranderen. In het algemeen geldt van raad geven, dat men altijd verifiëren moet of ouders de raad kunnen verwerken en opvolgen. Anders kan men de meest caricaturale vertekening van de eigen adviezen tegenkomen. Beter is te vragen en te luisteren.

De magische instelling, welke mensen tegenover hun huisarts hebben, brengt mee, dat zij terloops gedane uitspraken over hun kind als eeuwige waarheden opvatten. Een moeder kwam op het M.O.B. met haar tienjarige zoon, die inderdaad erg lastig was, en vertelde met grote stelligheid, dat de dokter al had gezegd toen hij nog in de wieg lag: „Mevrouw, daar zult u last mee krijgen”. Ik wil graag geloven dat de jongen een onrustige zuigeling was, maar de uitspraak van de dokter had de moeder/kind relatie heel ongunstig beïnvloed. Als men een gezin een keer bezoekt en raad geeft, kan men helemaal niet weten hoe die raad vaak wordt opgevolgd en aangegrepen om vijandigheden tegenover het kind aan op te hangen.

Als men een raad geeft, kan die worden gevolgd en dan is alles best; wordt hij niet opgevolgd, dan staat men een beetje voor een impasse; men kan hem eventueel nog eens geven, of het geval afschrijven. Men begrijpt wel, dat het M.O.B. een andere vorm heeft moeten ontwikkelen om inzichten over te brengen dan die van het direct raad geven, een vorm, waarbij men zich veel meer erop instelt het inzicht uit de ander te laten komen, eventueel zich met hem af te vragen waarom een bepaald inzicht zich niet ontwikkelt. Men zal dus tegen een moeder niet zeggen: „Uw kleuter moet nu eenmaal beweging hebben, laat hem toch meer hollen”, maar men moet

met haar zoeken wat het in haar woon- of leefsituatie onmogelijk maakt, dat zij aan de behoefte aan activiteit van het kind tegemoet komt.

Wat typisch tot de taak van de huisarts behoort: het begeleiden van de normale ontwikkeling. In de eerste levensperiode van het kind is eigenlijk alleen de huisarts degene die de ouders efficiënt kan helpen met de opbouw van hun gevoelsrelatie tegenover het kind. Als hijzelf de zwangerschap gecontroleerd en de bevalling gedaan heeft, begint zijn hulp al voor de geboorte, als hij in staat is om de moeder aan het woord te laten over haar gevoelens omtrent de te verwachten baby, waarbij hij haar tevens steunen kan in het opvangen van de reacties van de andere kinderen op de komst van de baby. Na de bevalling is het eerste zogen het moment waarop jonge moeders steun nodig hebben, geen autoritaire steun, maar een waardering voor wat zij als moeder voor haar kind betekenen. De waardering van de ouders in hun eigen positie tegenover het kind vormt de basis van elke beïnvloeding.

In het eerste levensjaar zullen er nog vele kleinigheden komen, waarbij de houding van de huisarts van blijvend belang kan zijn. Ik denk daarbij aan lichte eetstoornissen na een kleine infectie, die zo vaak uitgangspunt worden voor blijvende eetmoeilijkheden als het de huisarts niet lukt de zorg van de moeder over het afvallen van de baby op te vangen. In het algemeen geldt, dat moeders wel heel bijzonder zijn geïnteresseerd in de vraag, hoeveel de baby deze veertien dagen is aangekomen en wat er nu in het flesje moet. Het vermijden van schematiseren kan de moeder helpen haar eigen waarnemingen over de baby onder woorden te brengen. Inplaats van autoritaire voedingsvoorschriften te geven kan men zo het bespreken van de voeding uitgangspunt maken voor het stimuleren van de zekerheid van de moeder tegenover haar baby. Dit geldt ook voor het spenen en de overgang naar vast voedsel, waarbij men opnieuw moet kiezen tussen autoritair voorschrijven en steunend begeleiden.

Het grote plezier dat moeder en kind beiden hebben als het kind gaat staan en lopen is voor de hele ontwikkeling waardevol. Als de huisarts zich goed bewust is van het enorme belang dat de motorische ontlading voor de opbouw van de evenwichtige persoonlijkheid van het kind heeft, zal hij bijzonder voorzichtig zijn met maatregelen die de motoriek aan banden leggen als vastbinden in bed, het washandje voor het duimzuigen, de gipsspalken voor de x-benen enzovoort. Hij zal dan ook geneigd zijn de over-activiteit, die in hun motoriek ingeperkte kinderen vertonen, op de juiste waarde te schatten en met de moeder naar wegen te zoeken, welke ook bij de vaak bijzonder moeilijke woningomstandigheden tot enige bewegingsvrijheid voor het kind leiden. Soms ziet men dat het intellect zich pas kan ontwikkelen wanneer er voldoende bevrediging in de motorische sfeer is.

Het volgende punt waar zijn raad wordt gevraagd,

is de zindelijkheidstraining. In ons land gaat het daarbij bijna altijd om het voorkomen van het te vroege en te strenge trainen, veel zeldzamer om het veronachtzamen van het goede moment van de training, dat meestal in het tweede levensjaar ligt, als het kind enige motorische beheersing heeft en iets kan begrijpen van de eis die het wordt gesteld, en enig zelfstandig plezier kan hebben aan het beheersen van de functie. Het kind moet zeker zijn van de liefde van de volwassene als contra-prestatie.

De geboorte van een volgende baby wordt dan vaak aanleiding voor het stellen van vragen over het geslachtsverschil en de geboorte. De meeste ouders kunnen die vragen zonder moeilijkheden beantwoorden. Als ouders met klachten komen over seksuele spelletjes of seksuele vragen van het kind, kan de huisarts soms helpen om hun moeilijkheden met de seksuele voorlichting te overwinnen. Een onbevangen beschrijving hoe men een kind kan voorlichten, werkt dan als een stukje voorlichting van de moeder en als toestemming om daar vrijuit met haar kind over te praten. Maar niet zelden is het feit, dat ouders niet onbevangen op de kindervragen kunnen ingaan, een indicatie dat zijzelf moeilijkheden hebben met de seksuele opvoeding. In die gevallen zal men zich ernstig moeten afvragen of een verwijzing niet op zijn plaats is en of er ook nog andere stoornissen in de ouder/kind relatie zijn. Dat neemt niet weg, dat met name jonge moeders, voor wie de eigen adolescentieproblematiek nog levend of nog maar kort geleden is, een eenvoudige geruststelling over de kleuteronanie nodig kunnen hebben.

De volgende periode waarbij ouders steun nodig kunnen hebben, is die van het schoolgaan. De huisarts zou degene kunnen zijn, die oog heeft voor het verband tussen stoornissen in het gebruik van het intellect en emotionele conflicten. Dat geldt eerst bij het schoolbegin en het beoordelen van de schoolrijpheid, die toch eigenlijk pas intreedt als de gevoelsconflicten uit de eerste ontwikkelingsperiode redelijk zijn verwerkt en de latentie ook psychisch is ingetreden. Late rijpheid en schoolmoeilijkheden zullen vaak aanleiding zijn voor een verwijzing naar het M.O.B.

De puberteit met zijn noodzakelijke conflicten, waarbij het lastig zijn, de ruzies, de ontstemmingen, ook positief mogen worden gewaardeerd als poging om zich van de ouders los te maken en eigen persoonlijkheid te vinden, zal de huisarts vaak aanleiding geven om de ouders gerust te stellen bij de autoriteitsconflicten en om hen te helpen om de leiding en steun toch te geven. In de puberteit is de seksuele voorlichting vaak een groot probleem voor de ouders, dat zij wel graag op de huisarts willen afschuiven. Men zij zich echter bewust dat de seksuele voorlichting niet los te zien is van de verdere psychische ontwikkeling en dat in één gesprek gegeven voorlichting meestal zinloos en niet zelden schadelijk is. Of het kind open zal staan voor seksuele voorlichting, hangt af van zijn hele verdere ontwik-

keling, maar met name van zijn relatie tot alle volwassenen. Wil men als huisarts een bepaalde puber seksuele voorlichting geven, dan zal men zich toch in enkele opeenvolgende gesprekken op de hoogte moeten stellen, hoe dat is ondervonden en verwerkt. Bij al deze zaken gaat het erom geen schematische voorstellingen te maken. Dat geldt ook heel vaak voor de vraag over de plaats van het kind in de kinderrij. Elke plaats heeft zijn eigen specifieke moeilijkheden, maar ieder kind zal ze zeker weer anders beleven. Niet alle jongste kinderen zijn verwend, niet alle oudste kinderen jaloers er dan andere, terwijl de middelste kinderen, vooral bij een lange kinderrij, wel vaak het meest in de knel komen; zij zullen dat zeker ieder op hun eigen wijze verwerken. Als men de moeilijkheden van een kind niet te schematisch betreft op opvoedingsfouten, zal men de ouders ook kunnen helpen door hun de positie van dit speciale kind op zijn speciale plaats in het gezin duidelijk te maken. Ouders beschrijven dat vaak zelf ook erg goed, bijvoorbeeld: „Hij is wel de oudste, maar zijn jongere zusje praat zoveel meer en overvleugelt hem daarmee”, of: „Nu ja, hij is dan wel de jongste, maar hij tiranniseert zijn oudere broertje”, enzovoort.

In al deze dingen geldt weer, dat de mededeling alleen van wat gewenst is, lang niet altijd resultaat zal hebben, maar dat de steun van de ervaren huisarts preventief enorm veel kan betekenen. Juist als de huisarts de raadsman is in de normale ontwikkeling, kan hij vroeg opmerken waar de verhouding tussen ouders en kinderen gestoord raakt en verwijzing noodzakelijk lijkt. Men zal dus altijd trachten te differentiëren tussen normale fase-moeilijkheden en fase-moeilijkheden, die door een stoornis in de ouder/kind relatie worden versterkt. In het laatste geval is verwijzing op zijn plaats.

Nog belangrijker is misschien de instelling van de huisarts tegenover lichamelijke ingrepen bij het kind. Hij zal degene zijn, die de moeder zal moeten helpen om het kind op de ingreep voor te bereiden, die tijd moet hebben om haar angst en bezorgdheid aan te horen, ook al is de ingreep op zichzelf onbelangrijk. Aan de adenotomie zien wij helaas maar al te zeer hoe deze, hoewel lichamelijke volkomen onbelangrijk, psychisch het kind grote schade kan berokkenen. Het is altijd weer het tijdsgebrek, dat het de huisarts moeilijk maakt deze dingen zo zorgvuldig voor te bereiden als voor een gunstige verwerking ervan noodzakelijk zou zijn. Juist bij neurotische ouder/kind relaties ontstaan gemakkelijk stoornissen na een lichamelijke ingreep. Het is vaak voor de huisarts op het eerste gezicht duidelijk wanneer de ouder/kind relatie is gestoord. Hij ziet het al aan de manier waarop de moeder haar klachten over het kind te voorschijn brengt, aan de discrepantie tussen de ernst van de lichamelijke afwijkingen en de wijze van vertellen, maar ook aan tal van kleinigheden in optreden en houding. Voor het merendeel komt uiteraard de overbezorgdheid van de ouders bij de huisarts te voorschijn, maar ik ben ervan overtuigd, dat hij toch ook het omgekeer-

de meemaakt, het eigenaardige feit, dat ouders zo vreselijk bezorgd kunnen zijn als er niets is en aan de andere kant niet de normale bezorgdheid tonen als er wel iets ernstigs met het kind is, wat voor mijn gevoel vaak samengaat. Heel vaak lukt het dan per keer wel de overbezorgde moeder gerust te stellen. Men moet er zich echter wel rekenschap van geven, dat het daarmee slechts kort wordt onderdrukt en dat het van groot belang is te proberen of er via casework een blijvende verlichting van de overbezorgdheid te bereiken valt. Men verkrijgt zich daarbij gauw op goedwillend en aardig. De aardige maar overbezorgde moeder kan toch bijzonder ontoegankelijk zijn. Hierbij geldt wederom, dat men de uitwerking van een raad alleen kan zien als men de mensen vaak terugziet.

Op de basis van onze samenwerking kan men zich tenslotte nog omgekeerd afvragen: hoe zou de huisarts nog efficiënter van zijn M.O.B.-verwijzingen kunnen profiteren? Is het mogelijk aan de gevallen, welke men heeft verwezen, inzicht te ontwikkelen, dat ook aan andere gevallen ten goede kan komen? Het M.O.B. kan al bij de verwijzing van de inlichtingen van de huisarts gebruik maken. Dan kan men ook weten wat men zich van elkaars functie voorstelt. In sommige gevallen zal de huisarts gelegenheid vinden aan de stafbespreking deel te nemen; dat is deels afhankelijk van de indeling van het werk van de huisarts, deels van de interne organisatie van het M.O.B., en zal dus niet altijd te organiseren zijn. Is het wel te organiseren, dan lijkt het voor beide partijen heel vruchtbaar. Wel zal men met de ouders moeten overleggen, of zij het op prijs stellen dat hun huisarts zo direct van alle besprekingen op de hoogte is. Het beïnvloeden van de gezinsrelaties eist van de ouders een bijzonder grote en pijnlijke openhartigheid en daartegenover moeten zij erop kunnen rekenen, dat daarvan niets bekend wordt aan iemand, aan wie zij dat niet wensen. Zeer vaak evenwel gaat het vertrouwen in hun huisarts zover, dat zij hem graag van alles op de hoogte zien gesteld. Het M.O.B. kan dan van het inzicht van de huisarts in het gezin en zijn sociale laag profiteren; men kan samen het behandelingsplan opmaken en zal dus in het vervolg gelijk gerichte beïnvloeding bereiken. De huisarts zal zijn inzicht in de onderlinge gezinsbetrekkingen misschien kunnen verrijken door deze besprekingen, die toch meestal de aard van het neurotisch samenspel, het formuleren van het meest wezenlijke conflict, tot inhoud hebben.

Tenslotte vraag ik mij af, of de huisartsen als groep nog meer van de ervaringen van het M.O.B. zouden kunnen gebruiken om zich te laten voorlichten over typische gezinsconstellaties en relatiestoornissen in het gezin. Ik denk hierbij aan werkgroepen, zoals het Huisartsen Genootschap die al veel kent, maar die zich dan typisch op de gezinsrelaties zouden kunnen betrekken, zoals de huisarts die in de praktijk ontmoet.