

*De huisarts en de maatschappelijke problematiek van zijn patiënten**

DOOR PROF. DR A. QUERIDO, AMSTERDAM

Deze inleiding betreft de socialisatie van de geneeskunde, doch u behoeft van deze aanduiding niet te schrikken. Het is niet mijn bedoeling een beschrijving te geven van het voor en tegen van een staats-geneeskunde, of te spreken over de mogelijkheden de ziekenfondspremie door een belasting te vervangen. Zou een dergelijk vraagstuk in een gezelschap van artsen aan de orde worden gesteld, dan zouden felle controversen en bewogen debatten met zekerheid kunnen worden verwacht.

Voor de socialisatie, welke ik op het oog heb, meen ik echter in uw gezelschap alleen maar instemming te kunnen verwachten; ik bedoel namelijk het sociaal-worden van de geneeskunde, het proces, waarbij ook sociale factoren in het geneeskundig denken worden opgenomen. Dat ik deze instemming mag verwachten berust op het feit, dat u, als leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, door dit lidmaatschap tot uitdrukking hebt gebracht, dat u de geneeskunde wenst te beoefenen op een zeer bepaalde grondslag, dat u beoefenaars bent of worden wilt van een integrale geneeskunde.

Het is met het begrip integrale geneeskunde merkwaardig gegaan. Als ik het wel heb, werd het in Nederland omstreeks de jaarwisseling van 1954-'55 vrijwel gelijktijdig maar geheel onafhankelijk van elkaar, door Royaards, destijds voorzitter van de Maatschappij, en door mij gelanceerd. De term integrale geneeskunde werd snel overgenomen en even zag het ernaar uit, dat hier een mode-woord zou ontstaan, een cliché zonder inhoud of waaraan ieder de betekenis zou kunnen hechten die hem goed dacht. Juist echter de activiteit van uw Genootschap heeft de waarborg voor een meer bevredigende ontwikkeling gegeven. Dat de weerklank in de eerste plaats en in hoofdzaak bij de huisartsen wordt gevonden, is van eminent belang, want het is de huisarts, die als integrator bij uitstek moet worden beschouwd.

Gaat men ervan uit dat de mens en dus ook de zieke mens, een eenheid is die zich manifesteert in een uiterst gecompliceerd netwerk van functies, dan is het duidelijk, dat deze functies en hun stoornissen alleen in onderling verband kunnen worden begrepen. Teneinde aan ons beperkt denk- en voorstellingsvermogen tegemoet te komen, zijn wij genoodzaakt, hulpconstructies te maken, die dit gecompliceerde geheel in verschillende onderdelen scheiden. Wetende, dat de verbanden in wezen onverbreek-

baar zijn, leggen wij dan toch de scheiding tussen het somatische, het psychische en het sociale aspect, beschouwen elk als een veld van krachten, waarin het onderzoek met daarvoor geschikte methoden moet plaats hebben, om daarna weer vanuit een synthetiserend oordeel tot diagnostiek en therapie te komen.

Zoals gezegd, hebt u de consequenties van dit integrale denken aanvaard. Terwijl u enerzijds tracht uw ervaringen op somatisch gebied te systematiseren en te verdiepen, hebt u bij een vorig symposium aan de orde gesteld, op welke wijze de psychologische aspecten door u als huisarts kunnen worden benaderd; thans stelt u — volkomen logisch — dezelfde vraag ten aanzien van de maatschappelijke vraagstukken, die u bij uw patiënten kunt ontmoeten. Deze vraag wordt gesteld door de huisarts en is dus doortrokken van de problematiek van de huisartsfunctie. Deze functie — het is de zoveelste gemeenplaats, die ik hier te berde breng — is die van arts in eerste linie, van de geneesheer, die de vraagstukken, door de patiënt gesteld, ongezuiverd, ruw, en niet zelden rauwelings voor zich krijgt en wiens middelen beperkt zijn door uiterlijke arbeidsomstandigheden en opleiding.

Ik wil deze inleiding zoveel mogelijk vrij houden van theoretische beschouwingen en daarom voorbij gaan aan de vraag, hoe en waar de scheiding tussen psychische en sociale problematiek moet worden getrokken. Ik moge er echter op wijzen, dat een rechtstreekse pathogene werking van sociale factoren op het soma in onze maatschappij steeds zeldzamer wordt. Hongerdood, deficiëntieziekten, epidemieën op de basis van een gebrekkige sociale organisatie, zijn in ons leefpatroon normaliter bijna niet meer aanwezig. Zondert men bepaalde typen van gevaren, waaraan de industriearbeiders bloot staan, uit, dan zien wij, dat het sociale element alleen dan pathogeen kan werken, wanneer het door het individu als een belasting wordt beleefd, die zwaarder is dan hij kan dragen.

Een rechtstreekse sociaal-somatische causaliteit is tegenwoordig derhalve uitzondering; de sociale factor wordt eerst tot probleem, wanneer en omdat hij de psyche van het individu passeert. Dit betekent echter geenszins, dat een scheiding tussen beide aspecten onmogelijk zou zijn. Dezelfde verhouding bestaat immers tussen psychisch en somatisch lijden. Ook hier is de te beantwoorden vraag niet in de eerste plaats een alternatief, of somatisch of psychisch. Het is eigenlijk steeds een en en, waarbij het ons niet interesseert, wat oorzaak, wat gevolg, wat als primair, wat als secundair moet worden be-

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

schouwd, maar wel waar de beste kansen voor een zinrijk therapeutisch handelen liggen.

Het is gerechtvaardigd deze vraag pragmatisch te stellen, omdat, hoe verweven de verschijnselen ook zijn in de verschillende velden, de methodieken voor diagnose en behandeling zeer duidelijk verschillen. Men zou zelfs met succes de opvatting kunnen verdedigen, dat de differentiatie van de velden in de eerste plaats wordt bepaald door de benaderingswijze en niet omgekeerd. Met voorbijgaan van tal van theoretische voetangels en klemmen betreffende samenhangen, betrekkingen en causale verbanden, kunnen wij rustig stellen dat de maatschappelijke problematiek van de patiënt die vraagstukken omvat, die gekenmerkt zijn door het feit, dat zij toegankelijk zijn voor bepaalde methoden van onderzoek en behandeling, welke op de wetenschappelijke disciplines berusten, die als sociologie kunnen worden samengevat. Wij komen dan tot de vraag: hoe ervaart de huisarts deze problematiek van zijn patiënt, hoe staat het met zijn verantwoordelijkheid hier tegenover, welke middelen staan hem ten dienste?

De neiging van de arts sociale vraagstukken te negeren evenaart zijn blindheid ten aanzien van psychologische vraagstukken. Ongetwijfeld heeft het feit, dat de geneeskundige opleiding sinds ruim honderd jaar vrijwel uitsluitend in het ziekenhuis plaats heeft, hierop belangrijke invloed. Leidt het ziekenhuisregime en het daarin opgenomen onderwijs er reeds toe, de patiënt tot een somatisch gegeven te reduceren, de ziekenhuisopname maakt de integratie van de sociale aspecten van de patiënt ook onder de gunstigste omstandigheden bijzonder moeilijk. Maar ook als wij deze factor het volle gewicht geven blijft het verbazingwekkend hoe de arts, die in zijn dagelijkse werk toch op de meest directe manier met maatschappelijke vraagstukken wordt geconfronteerd, deze sector volledig uit zijn denken heeft weten te bannen.

Wanneer de sociale problematiek van een patiënt niet anders is dan de problematiek van de sociale groep of laag waartoe hij behoort, dan is de arts — als behandelend arts van de individuele patiënt — daar niet bij betrokken. Het vrouwtje van Richard Cabot, de vader van het sociaal-medisch werk, dat haar medicijnen niet gebruikte omdat zij er zo'n honger van kreeg en geen geld had die te bevredigen, is het klassieke voorbeeld. In deze gevallen zijn de sociale problemen van de patiënt de bijzondere uiting van een algemene sociale nood. Ook al is deze nood rechtstreeks verbonden — hetzij als oorzaak, hetzij als gevolg — met de ziekte van de patiënt, de arts kan zich — als behandelend geneesheer — niet voor die nood verantwoordelijk achten. Hoogstens kan zijn verantwoordelijkheid als lid van de maatschappij — en dan versterkt door zijn arts-zijn — hem de strijd tegen het verschijnsel doen aanbinden, zoals Southwood Smith, Virchow, Coroneel en anderen hebben gedaan. Hij kan tot charitatieve, hervormende of politieke activiteit komen.

Anders is het echter, als het sociale tekort van de patiënt niet uit één algemene nood voortvloeit; dan hangt het tekort in de eerste plaats samen met het wezen van de patiënt en is het wel degelijk de verantwoordelijkheid van de behandelende arts, hieraan aandacht te schenken. Hoe geringer de algemene sociale tekorten zijn, hoe groter wordt de verantwoordelijkheid van de arts voor de individuele nood, omdat het vraagstuk zich dan steeds duidelijker aftekent als behorend tot de integrale structuur van het zieke individu.

Lijdt een patiënt bitter onder werkeloosheid of onder een slechte woning in een tijd, waarin algemene werkeloosheid heerst of grote woningnood, dan kan de behandelende arts zich hiervoor niet verantwoordelijk achten; maar als een patiënt werkeloos is of een krot bewoont in tijden van een ruime arbeids- of woningmarkt, dan is dit feit niet een maatschappelijk aspect maar een aspect van het ziek zijn en behoeft het daarom de aandacht van de geneesheer.

Zoals de blindheid van de arts voor de psychische moeilijkheden van de patiënt kan worden opgevat als een onwil en weerzin, het bestaan van eigen psychische problematiek te erkennen, zo kan de maatschappelijke blindheid worden begrepen uit een afweer van de erkenning van sociale onrechtvaardigheid, die immers de eigen sociale positie relativeert. Ik zou daarom de verantwoordelijkheid van de arts voor de sociale problematiek van zijn patiënt willen kwalificeren: deze verantwoordelijkheid is gegeven, als de nood het karakter van het abnormale draagt, waardoor deze onder het ziektebegrip komt.

Wat het ervaren betreft van de maatschappelijke problemen, die de patiënt drukken, hier bestaat een merkwaardige tegenstelling met de psychische belasting. Bij deze laatste is het een grote moeilijkheid, dat deze niet onverhuld wordt gepresenteerd; zij blijft dikwijls verborgen achter een façade van lichamelijke klachten, van lichamelijk lijden of van objectieve lichamelijke afwijkingen. De maatschappelijke moeilijkheden daarentegen worden gewoonlijk onverhuld en rechtstreeks uitgesproken. Dit gebeurt des te gemakkelijker omdat de patiënt in deze omstandigheden dikwijls een verklaring of rechtvaardiging van zijn klachten vindt. Voor de arts is het dan niet de moeilijkheid van de maatschappelijke klachten als zodanig kennis te nemen, maar wel de betekenis van de klacht naar waarde te schatten. Met andere woorden, de maatschappelijke klacht verhoudt zich tot het totale beeld van de patiënt zoals de lichamelijke klacht; beide worden geredelijk geproduceerd en beide kunnen façaden zijn, waarachter een andere stress schuilgaat.

Een groot deel van de sociale problematiek — misschien wel het belangrijkste — komt echter niet tot de arts in de vorm van mededelingen van de patiënt. Dit zijn de gevallen, waarin de arts — vaaruitziende — de sociale consequenties van het ziek zijn onderkent, vóórdat de patiënt dit kan beseffen. Hij voorziet de mogelijkheid van een toekomstige in-

validiteit, de noodzakelijkheid van een radicale wijziging in de arbeid of van een leefwijze, een catastrofe in het gezin. Niet zelden zal hij deze mogelijkheden moeten afwegen tegen de therapeutische winst, welke hij mag verwachten. Evenals de chirurg de risico's en de fysiologisch-anatomische consequenties van zijn ingreep stelt tegenover de therapeutische kansen, moet de arts de gevolgen van sociale amputatie, ligatuur of excisie stellen tegenover de therapeutische noodzaak, die het geval hem oplegt. Hier is de verantwoordelijkheid van de arts niet gekwalificeerd maar absoluut; alleen hij is in staat, de verschillende factoren te wegen.

Thans komen wij tot de vraag, hoe deze verantwoordelijkheid, in het bijzonder door de huisarts, kan worden nagekomen. Hier stuiten wij op een veel voorkomend misverstand. Vele artsen willen van de sociale vraagstukken van hun patiënten niets weten, omdat zij het niet hun taak achten sociale bemoeiingen uit te voeren. Afgezien van het feit, dat voor hen sociale bemoeiingen niet veel meer betekenen dan het voeren van kribbige telefoontjes met min of meer vage instanties of contacten met niet heel scherp gedefinieerde juffrouwen, is het volkomen juist, dat verantwoordelijkheid dragen en uitvoeren niet synoniem zijn. Hier loopt men echter gevaar zowel kind als badwater te verliezen.

Het onderzoeken en hanteren van maatschappelijke problematiek in een individueel geval is een specialisme, een vak dat moet worden geleerd, dat deskundige beoefening eist. De verhouding van de arts tot de sociale problematiek behoort niet anders te zijn dan tegenover welk ander specialisme. De bijzondere verantwoordelijkheid van de huisarts is immers, dat hij in het gegeven geval moet afwegen of hij met eigen kennis en hulpmiddelen in staat is een diagnose te maken en een therapie in te stellen, dan wel dat hij hiertoe andere deskundigen te hulp moet roepen. Maar deze overweging kan alleen dan vruchtbaar zijn, ja wordt eigenlijk alleen dan slechts mogelijk, als het vraagstuk in beginsel door de huisarts wordt onderkend. Het verrichten van sociaal werk, diagnostisch of therapeutisch, is specialistisch werk. Teneinde zowel dit specialisme als zijn eigen functie tot hun recht te doen komen, moet de huisarts dus weten, waarom en wanneer hij de specialist te hulp moet roepen.

Hier komen wij vragen tegen, die bijzonder veel lijken op die, welke de psychische problematiek in de praktijk oproept. In beide gevallen moet immers de vraag worden beantwoord: wat is de minimum kennis, nodig, om dit waarom en wanneer te kunnen bepalen, waarbij dan de nog veel moeilijker vraag komt: wat is het maximum aan problematiek, dat met deze minimum kennis door de arts zelf kan worden behandeld? Het aantal subjectieve elementen dat bij het beantwoorden van deze vragen een rol speelt is zo groot, dat ik niet geloof, dat een antwoord een algemene geldigheid kan hebben. Het volgende wil dan ook niet meer zijn dan mijn persoonlijke opvatting.

Bij het uitoefenen van zijn praktijk heeft de arts gelegenheid, mensenkennis op te doen; laten wij aannemen, dat hij van die gelegenheid gebruik maakt. Deze mensenkennis geeft hem een zeker houvast, biedt hem coördinaten, waartegen hij zijn begrippen van normaal en abnormaal gedrag kan differentiëren en van waaruit hij met min of meer zekerheid kan voorspellen, hoe een bepaalde persoon zich in een bepaalde situatie zal gedragen. Dit is verzamelen en gebruikmaken van ervaring, maar het is ongesystematiseerde ervaring, geen wetenschap.

Studie van de psychologie kan een systeem geven, dat een hulpmiddel is, de ervaring te rangschikken en onder samenvattende begrippen te brengen. Op deze wijze wordt de ervaring wetenschappelijk gefundeerd en op anderen overdraagbaar. Studie in de psychologie geeft geen grein mensenkennis, geeft geen ervaring, maar kan het inzicht in het ervarene vergroten. Zo doet ook bijna iedere arts in zijn werk een hoeveelheid sociale ervaring op. Werkt hij in een bepaalde streek of stad dan leert hij, hoe de gemeenschap gelaagd is, hoe de mensen aan de kost komen, wat voor vormen van recreatie er zijn, hoe binnen het gezin wordt geleefd, welke gedragingen aanvaard, welke afgekeurd plegen te worden. De ervaren arts hanteert deze gegevens met grote zekerheid; zij zijn voor hem „vanzelfsprekend”; zij zijn echter juist door hun vanzelfsprekendheid geen wetenschap; zij zijn niet gesystematiseerd.

De sociologie is de gesystematiseerde kennis van de maatschappij. Het is de wetenschap van de structuur van de gemeenschap en van de functies van de maatschappelijke organen en instellingen. Deze gesystematiseerde kennis geeft het ervarene diepte, betekenis en orde en maakt de ervaring bovendien geschikt om aan anderen te worden medegedeeld.

Terecht stelt de Westeuropese arts er hoge prijs op, dat hij academicus moet zijn om arts te kunnen worden; zijn praktische ervaring wordt geënt op wetenschappelijke studie. Wil de arts psychologische en sociale facetten in zijn werk integreren, dan is ongesystematiseerde levenservaring op deze gebieden niet voldoende, evenmin als het voldoende zou zijn, dat hij een aantal jaren als leerjongen bij een dokter doorbrengt in plaats van medicijnen te studeren. Teneinde op zinrijke wijze met specialisten samen te kunnen werken, moet hij derhalve de wetenschappelijke grondslagen van het specialisme kennen. Ten aanzien van de medische specialisten is hier in beginsel geen probleem, want huisarts en specialist hebben dezelfde wetenschappelijke grondslagen. Ten aanzien van de specialist in het maatschappelijk werk echter bestaat hier geen gemeenschappelijkheid; voor een goede samenwerking, voor een juiste beantwoording van het wanneer, het waarom en het hoe, zal de arts de grondslagen van de sociologie moeten kennen. Dit geldt in het bijzonder voor de huisarts, die immers, als arts-in-eerste-linie, de opgave heeft het door de patiënt gestelde probleem te ontwarren, die zal moeten trachten achter de schijn van de façade het wezen van de nood te vinden, en in eerste instantie zal pro-

beren te bepalen, in welk veld of velden de beste kansen voor het therapeutisch handelen vermoedelijk zijn gelegen.

Trachten wij nu — met deze veronderstelling als uitgangspunt — een beeld te vormen van het wezen van deze samenwerking, dan is naar mijn gevoel het initiatief, het stellen van de indicatie, een zuiver geneeskundige zaak.

Het is de arts, die een maatschappelijk probleem constateert of vermoedt, op grond van datgene, wat hij als medicus ervaart. Is er geen medisch uitgangspunt, gaat het niet om iemand, die de hulp van de arts in diens kwaliteit heeft ingeroepen, dan heeft de arts ook geen taak.

Tegenover deze medische pool zou ik twee andere willen stellen, die, naar mijn gevoel, geheel aan de kant van het maatschappelijk werk liggen, namelijk de technische en de gespecialiseerde werkzaamheden. Wat de technische kant betreft, het kan van de arts niet worden verwacht, dat hij de weg in het maatschappelijk labyrint kent, vandaag voor het verkrijgen van een invaliditeitsrente, morgen voor een kinderschermingsgeval, overmorgen voor een onderhoud met een personeelschef of een ambtenaar voor sociale bijstand. Ook de sterk gedifferentieerde gebieden, zoals het psychiatrisch-maatschappelijk werk en het werk met sociaal zwakken, zullen redelijkerwijs voor de specialisten blijven gereserveerd. Tussen deze polen ligt een breed gebied, waarvan niet à priori kan worden gezegd aan wie de bewerking logischerwijs toevalt, maar waar samenwerking en samenspraak tussen arts en maatschappelijk werkende essentieel is.

Zeker is het, dat de arts krachtens zijn vertrouwenspositie dikwijls over allerlei gegevens kan beschikken, die de maatschappelijk werkster eerst moeizaam zou moeten verzamelen, terwijl men zich ernstig moet afvragen of het nodig is, weer een nieuw element in een reeds moeilijke situatie te brengen. Zeker is het ook, dat het geven van inzicht, het wijzigen van verhoudingen, het beïnvloeden van situaties, het helpen bij het aanvaarden van moeilijkheden en het oplossen van problemen, soms met groot succes als onderdeel van het samenspel tussen arts en patiënt tot stand kan komen, waarbij het weinig vruchtbaar is erover te debatteren, of dit nu eigenlijk maatschappelijk werk is of niet.

Maar het is evenzeer zeker, dat een samenspraak tussen arts en maatschappelijk werker, een uitwisseling van gegevens, vooral ook een toetsing van opvattingen en inzichten hier verhelderend en richtinggevend kan werken, mits ieder van de partijen de andere als deskundige op eigen gebied wil beschouwen en als zodanig respecteren. De vragen „wie zal het doen” en „wat zal er worden gedaan” staan op dit brede tussengebied geenszins bij voorbaat vast, maar zullen eerst door deze samenspraak kunnen worden beantwoord.

Het is niet de taak van een inleider vragen te beantwoorden, hij moet trachten vragen te preciseren. Indien u mij tot zover hebt gevolgd, kan het voorgaande in twee vragen worden samengevat:

- 1 Op welke wijze kunnen arts en maatschappelijk werker een gemeenschappelijke basis voor samenwerking krijgen?
- 2 Op welke wijze kan deze samenwerking in de praktijk worden verwezenlijkt?

Wat de eerste vraag betreft, ik heb erop gewezen, dat een kloof bestaat tussen beider terrein van kennis en werkzaamheid en het spreekt vanzelf dat er niet van samenwerking sprake kan zijn, als deze kloof niet wordt overbrugd. De sociaal-geneeskundige is degeen, wiens belangstelling bij uitstek naar deze brug uitgaat. Hij dient de vorm en de functie van deze brug te bestuderen en mede helpen te bepalen, hij is ook zeer geïnteresseerd in het verkeer, dat over die brug plaats heeft. De verbinding tussen geneeskunde en sociologie en de wederzijdse beïnvloeding is het typische werkterrein van de sociaal-geneeskundige.

Wanneer het er dus om gaat de praktiserende arts een sociologische basis te geven en de maatschappelijk werkende een inleiding in de medische problematiek, zodanig, dat een wederzijds begrip mogelijk wordt, dan zal dit naar mijn mening in de eerste plaats een taak voor de sociaal-geneeskundige zijn in beider opleiding deze elementen te brengen. Het hoeveel, hoever, wanneer en hoe zijn vragen, die ik aan uw discussie moge overlaten.

De tweede vraag: hoe zal deze samenwerking in de praktijk moeten worden, verhoudt zich tot de eerste als de kip en het ei. Zou men een organisatie scheppen, waarbij de artsen de hulp van de maatschappelijk werkster zouden kunnen inroepen, zonder dat zij zelf voldoende zijn opgeleid om deze hulp op adequate wijze te kunnen gebruiken, dan ontstaat een mislukking, die zich reeds herhaaldelijk in de geschiedenis van het medisch-maatschappelijk werk heeft voorgedaan. Omgekeerd, zou de arts om maatschappelijk werk roepen zonder dat de mogelijkheid bestaat te worden verhoord, dan zal de belangstelling spoedig atrofiëren. Er moet dus een parallelle ontwikkeling worden nagestreefd; een opleiding van arts en maatschappelijk werkende en tegelijk een voorziening in de mogelijkheid van praktische uitvoering, die ik niet anders kan zien dan als een maatschappelijk werkster, ter beschikking van een aantal huisartsen.

Omtrent de omvang van deze behoefte is nog niets te zeggen en evenmin van de organisatievorm: ziekenfonds, kruisverenigingen, uitgaand van een ziekenhuis? Ook dit zijn vragen, welke ik naar de discussie zou willen verwijzen; ik denk dat uitvoerige proefnemingen nodig zullen zijn, vóór definitieve antwoorden mogelijk worden.

Ik meen te mogen aannemen, met deze inleiding aan mijn opdracht te hebben voldaan. Ten aanzien van het vraagstuk, dat hier aan de orde wordt gesteld is de belangrijkste stap gedaan: het is bekend. Ik spreek de wens uit, dat deze conferentie ertoe zal bijdragen, dat de koers kan worden uitgezet om het doel te bezeilen. Zeer zal ik het op prijs stellen in uw bootje te mogen meevaren.