

veel meer de nadruk te liggen op de snelle en directe, zij het dan ook vaak symptomatische therapie. De patiënt verwacht nu eenmaal vaak meer van het recept dan van de diagnose! Het is mij gebleken, dat de kennis van de receptuur, opgedaan tijdens de studie voor het semi-artsexamen, niet adequaat is aan de behoefte in de praktijk, die een veel grotere kennis vergt.

Als zeer leerzame ervaring noem ik de ontmoeting met de grote groep patiënten, die vanwege de geringe ernst van hun ziekte niet in het ziekenhuis behoeft te worden opgenomen, maar die het grootste deel van de dagtaak van de huisarts vormt: voedingsstoornissen bij de zuigelingen, exanthematische infectieziekten, lichte traumata, enzovoort. In dit verband is mij een voorbeeld sterk bijgebleven. Hepatitis infectiosa is een besmettelijke ziekte, die . . . . Dit zegt zakelijk de theorie. Maar wat deze zin in feite kan betekenen, is mij pas echt duidelijk geworden, toen ik kwam bij een gezin van negen kinderen, van wie er zeven icterus hadden! Dit voorbeeld vooral heeft voor mij verhelderend gewerkt op het begrip, „opname op sociale indicatie”.

Tot slot wil ik als mijn meest schrille ervaring nog vermelden het *crux medicorum* voor de huis-

arts, de ongeneeslijke, chronische ziekte, met name de lijder aan een maligne tumor. De wekelijksse bezoeken aan hen, voor wie in feite geen uitzicht op genezing meer bestaat, zijn evenzovele moeilijke opgaven zowel voor hem, die huisarts zal worden, als voor de toekomstige specialist.

Ik heb getracht u door deze opsomming van enkele ervaringen een indruk te geven van hetgeen mij deze vier weken het meest heeft getroffen in het werk van de huisarts. In verscheidene gesprekken met andere semi-artsen is het mij duidelijk geworden, dat hun ervaringen in grote lijnen met de mijne overeenstemmen. U bent allen lange of korte tijd geleden ook co-assistent geweest; allen bent u arts geworden zonder het co-assistentchap bij de huisarts. Essentieel voor het welslagen als arts is dit laatste dus niet. Ik weet echter zeker, dat ik namens vrijwel alle Nijmeegse semi-artsen en reeds afgestudeerden spreek, als ik stel, dat dit co-assistentchap voor ons een waardevolle aanvulling in onze opleiding betekent, waarvoor we de hoogleraar in de sociale geneeskunde en niet het minst alle hieraan meewerkende huisartsen bijzonder erkentelijk zijn.

## *Bespreking van een social-geneeskundige status\**

*Prof. Mertens:* Ter toelichting het volgende. Tijdens zijn stage sociale geneeskunde maakt de semi-arts een zogeheten sociaal-geneeskundige status van twee patiënten. Deze status worden besproken in sociaal-geneeskundige colloquia, elke woensdagmiddag van half vijf tot zes uur. Voor zover het status uit de huisartsenpraktijk betreft staan deze colloquia onder leiding van collega Huygen, docent in de sociale geneeskunde van het gezin.

Op deze colloquia zijn aanwezig: de staf van de afdeling sociale geneeskunde, namelijk vijf arts, een socioloog, een maatschappelijk werkster en een psycholoog; de artsen-gastheren, die „aan de beurt zijn” en soms nog een enkele belangstellende arts, wijkverpleegster of sociale werkster; de semi-artsen, die „aan de beurt zijn”; de semi-artsen, die hun vier weken stage sociale geneeskunde lopen en die gedurende die tijd verplicht zijn naar de colloquia te komen en tenslotte belangstellende doctorandi of semi-artsen, als regel twee tot zes. Aan zo’n colloquium wordt dus gewoonlijk door in totaal ongeveer 20 tot 25 personen deelgenomen.

Op deze sociaal-geneeskundige colloquia worden de status besproken, gemaakt door semi-artsen in de huisartsenpraktijk of bij een dienst. Voorts worden hier — semi-publiekelijk dus — de tentamina sociale geneeskunde afgelegd, welke de semi-artsen in het kader van hun artsexamen verplicht zijn te doen.

In anderhalf uur worden vier status besproken, of er worden twee status besproken en een tentamen afgelegd. Per status is dus 20 tot 25 minuten beschikbaar; deze tijdsduur blijkt overigens meermalen te krap te zijn en wij zullen die in de toekomst gaan uitbreiden.

Voor de thans volgende bespreking van een dergelijke status is het gewone gezelschap aanmerkelijk gereduceerd en is het als falanx en niet in carré opgesteld. U ziet hier voor u de heer Retera, de semi-arts; collega Vlamings, de huisarts-gastheer; mijn stafleden de collegae Curfs (arts I) en Mullink (arts II); mej. Stiphout, maatschappelijk werkster; de heer Morshuis, socioloog en de heer Grosfeld, psycholoog. Als gespreksleider zal ikzelf optreden. Van ons oorspronkelijk plan om u, desgewenst aan de discussie over de te bespreken casus te laten deelnemen, hebben wij afgezien, omdat dit zeker te veel tijd zou vergen. Wil de semi-arts ons nu de patiënt presenteren?

*Semi-arts:* Het betreft een man van 38 jaar, gehuwd, vader van vier kinderen, van beroep rijtuig-schoonmaker bij een vervoersbedrijf. Uit zijn ziekte-geschiedenis vermeld ik het volgende:

Tot 1951 is hij gezond geweest; vanaf 1951 duidelijke ulcusklachten, waarvoor patiënt tweemaal een maagoperatie heeft ondergaan, de laatste maal in juli 1959, waarvan een te langdurende cerebrale hypoxie ten gevolge van hartstilstand tijdens de operatie de dramatische complicatie is geweest. Na

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

ongeveer vier maanden opneming in een neurologische afdeling zien wij momenteel, acht maanden na zijn ontslag, een conform zijn leeftijd uitziende lange, magere man, bij wie direct opvallen de zeer sterk gestoorde motoriek, waardoor nog slechts grove, atactische bewegingen mogelijk zijn en het zich slecht kunnen uiten in een vrijwel onverstaanbare, gescandeerde spraak. Bovendien wordt in het verdere verloop van het onderzoek een licht tot drift ontvlambare aard van patiënt duidelijk.

Over de volgende in elke sociale status voorkomende rubrieken kan ik in dit geval kort zijn: wat betreft hygiëne en kleding vallen geen bijzonderheden te vermelden. De woning bestaat uit een bovenhuis, waarin het gezin woont, samen met een ander echtpaar met twee kinderen. De ruimte is juist toereikend voor beide gezinnen, met name bijvoorbeeld slapen alle kinderen in een eigen bed. Van het inwonend echtpaar wordt geen overlast ondervonden; integendeel, van dit echtpaar juist hebben patiënt en zijn vrouw tijdens zijn ziekte veel steun ondervonden. De voeding van patiënt is zeker volwaardig te noemen; hij verdraagt momenteel nog slecht vette spijsen en melk. Vermeldenswaard is het grote aantal per dag gerookte sigaretten; patiënt zelf geeft op ongeveer vijftien per dag. Dit zullen er echter in werkelijkheid zeker twintig tot dertig zijn, aangezien hij gedurende het ruim vier uur durende onderzoek zeker twaalf sigaretten heeft gerookt.

De opleiding van patiënt heeft bestaan uit vijf klassen lagere school, waarbij hij eenmaal een klas is teruggezet. Bij het vervoersbedrijf heeft hij zonder enige verdere speciale opleiding of diploma de, mijns inziens voor een volmaakt ongeschoolde zeer redelijke, baan van motorwagen-bijrijder op dieseltreinen bereikt, waarschijnlijk alleen dankzij zijn technische aanleg en zijn destijds grote handigheid. Na zijn ziekte bestaat zijn werk thans in het zeer grove hanteren van stoffer, blik en borstel bij het schoonmaken der wagens. Tot heden toe werkt hij nog bij deze dienst, maar slechts voor halve dagen. Dit aangepaste werk heeft, buiten de vele nadelen, het voor patiënt grote voordeel, dat hij hetzelfde loon blijft ontvangen als hij vroeger als motorwagen-bijrijder heeft verdiend; slechts de premie voor ongeregeld werk moet hij nu missen.

Wij keren terug naar de sfeer van het gezin en wel eerst naar het ouderlijk gezin van de patiënt. Hij komt uit een gezin van acht kinderen, woonachtig in een provinciale hoofdstad. Zijn vader was los arbeider. Zijn opvoeding kwalificeert patiënt zelf als „ik ben flink streng opgevoed, maar toch niet té streng”. Hij koestert geen enkele wrok ten opzichte van zijn jeugd.

Van deze acht kinderen zijn er zes betrekkelijk jong gestorven, zodat patiënt na de dood van zijn ouders nog vijf jaar alleen met een ongehuwde zuster achterbleef, die voor hem bleef zorgen. Patiënt, die niet religieus is opgevoed, leerde in 1946 de vrouw kennen, met wie hij is gehuwd. Deze was rooms katholiek, hetgeen aanleiding geweest is dat hij zich ging voorbereiden op de rooms katholieke

godsdienst. Dit is de oorzaak geworden van een ernstig conflict tussen hem en zijn enige zuster en van het verbreken van elk contact tussen beiden. Hij is toen gaan inwonen bij de ouders van zijn toekomstige vrouw. Enige maanden voor zijn huwelijk, in 1948, is hij rooms katholiek gedoopt. Zij vrouw was vier jaar jonger dan hij. Uit dit huwelijk zijn tussen 1949 en 1959 vijf kinderen geboren, waarvan het middelste kind, de enige zoon, reeds na tien dagen aan een spierziekte is overleden.

De man tracht zijn dominante positie ten opzichte van zijn vrouw en zijn opgroeiende kinderen, welke laatsten hij nu beslist niet meer aan kan, te handhaven met felle, ongemotiveerde driftbuien, waarin hij zich zelfs niet ontziet geweld te gebruiken. De echtgenote van patiënt, een mijns inziens psychisch labiele vrouw, kan de haar plotseling toegemeten tweeledige taak van het alleen opvoeden der kinderen en het voor de man aanvaardbaar maken van zijn gehandicapt-zijn zeker niet aan. Dit leidt tot perioden van depressies, waarin de vrouw steun zoekt bij haar familie elders en het is via deze gealarmeerde familie of rechtstreeks doordat de vrouw het spreekuur bezoekt, dat de huisarts steeds weer met de moeilijkheden in dit gezin wordt geconfronteerd.

Zoals hierboven reeds vermeld, bleek patiënt vroeger te beschikken over een zeer grote handigheid en was hij een vaardig knutselaar. Wat het voor deze man moet betekenen nauwelijks meer in staat te zijn een lucifer uit een doosje te pakken is moeilijk voorstelbaar. Niets heeft hij momenteel meer om zijn vele vrije uren door te komen. Zelfs tot het lezen van een krant ontbreekt hem elke belangstelling. Kennissen hebben deze mensen in hun woonplaats vrijwel niet; wat dit betreft is hun gehele aandachtssfeer steeds gericht geweest op de naburige provinciale hoofdstad, waar zij wel kennissen hebben en waar bovendien de gehele familie van de vrouw woont. Opvallend is dan ook de tijdsrelatie, die er bestaat tussen de overplaatsing uit de provinciale hoofdstad naar hun nabij gelegen woonplaats en het ontstaan van de ulcusklachten, maar ook tot de vele moeilijkheden en conflicten, die na en door de ziekte van de man zijn ontstaan en die door het echtpaar, maar vooral door de man, worden geweten aan het feit, dat het gezin nog steeds niet kon terug-verhuizen naar de vorige woonplaats. Gedurende het gehele onderzoek en, naar later bleek, ook telkens weer bij elk bezoek van de huisarts, vormt het zoeken naar een mogelijkheid daartoe een steeds terugkerend onderwerp van gesprek.

Resumerend kunnen wij vaststellen, dat deze nog jonge man door het plotseling geestelijk en lichamelijk invalide worden, zowel in zijn gezin zijn vroegere dominante positie verloren heeft, als ook in zijn werk diep gedaald is op de maatschappelijke ladder. Deze plotselinge degradaties en het nog steeds moeten verblijven in de, in patiënt's ogen vermaledijde, tegenwoordige woonplaats, met als voedingsbodem psychopathiserend werkende organische afwijkingen in de frontale hersenen, zijn even zovele oorzaken

van frequent optredende conflicten tussen man en vrouw.

Als eventuele oplossing zie ik in de eerste plaats het zoveel mogelijk revalideren van de patiënt en, in de tweede plaats, door verhuizing tegemoet te komen aan de reeds lang gekoesterde wens, namelijk het realiseren van de mogelijkheid tot overplaatsing naar, zo niet een geheel ander bedrijf dan toch naar een ander milieu dan datgene, waarin patiënt vroeger een betere positie heeft bekleed.

*Gespreksleider:* Mag ik vragen wat de huisarts hier nog ter aanvulling heeft op te merken?

*Huisarts:* Ik heb de semi-arts van deze man een status laten maken, omdat hij en zijn gezin voor mij op het ogenblik een groot probleem vormen. Ik zou willen beginnen op te merken, dat de semi-arts een aantal feiten naar voren heeft gebracht, die mij onbekend waren, onder andere dat de man eerst later katholiek is geworden, waardoor hij met zijn enige zuster in conflict raakte en met haar brak. Feiten, die mogelijk kunnen bijdragen tot het beter begrijpen van de ulcusklachten, en het ook duidelijker maken, waarom het gezin bij moeilijkheden steeds op de familie van de vrouw was aangewezen. Verder zult u uit de lange ziektegeschiedenis van deze man begrijpen, dat ik uiteraard veel in dit gezin ben gekomen; de patiënt had in de periode 1951 tot 1959 zesmaal een maagbloeding en werd tweemaal geopereerd. Bovendien hadden zijn labiele vrouw en zijn nogal zwakke kinderen vele minder ernstige ziekten. De verhouding tussen de beide echtgenoten was altijd zeer goed, totdat, na het ontslag uit het ziekenhuis, de verhouding steeds slechter werd. Nu is er zeker sprake van een alarmsituatie in de man-vrouw verhouding, die enerzijds buiten de aandachtssfeer van de specialisten valt omdat de man uit de behandeling is ontslagen, en anderzijds buiten de aandachtssfeer van de bedrijfsarts valt, omdat de man weer zijn plaats in het bedrijf heeft ingenomen, zij het dan als rijtuigpoetser. Naar mijn gevoel zit hij echter tussen wal en schip.

*Gespreksleider:* Als ik het goed heb begrepen worden er twee maatregelen voorgesteld als mogelijke pogingen tot verbetering van de situatie van de patiënt. Dat is in de eerste plaats de kwestie van de revalidatie en in de tweede plaats het eventuele verhuizen van dit gezin. Hoewel deze maatregelen zeker in elkaar grijpen is het misschien toch goed ze wat geschematiseerd te bespreken en ons eerst te verdiepen in de kwestie van de revalidatie. Wie wil hier nader op in gaan?

*Arts I:* Ik hoor van de huisarts, dat de patiënt door de specialisten uit de behandeling was ontslagen. Wat was eigenlijk de conclusie van de specialist, met name hoe stelde hij de prognose?

*Huisarts:* De neuroloog schrijft in zijn ontslagbrief van 8 oktober 1959 als diagnose: „Instrumentale stoornis met corticaal syndroom als gevolg van een kortdurende hersenhyposie. De prognose is gunstig.

Voorgestelde therapie: loop- en spraakoefeningen en psychotherapie; verder poliklinische controle”. Het is echter onduidelijk of de specialist hier bedoelt prognose quo ad vitam of prognose ten aanzien van de revalidatie.

*Arts I:* Waarom is niet direct met revalidatie begonnen?

*Huisarts:* Daar is niet onmiddellijk mee begonnen omdat de gedachte hieraan pas bij mij is opgekomen toen de alarmsituatie in het gezin ontstond. Bovendien is de man kort na zijn ontslag uit het ziekenhuis ernstig ziek geweest. Hij kreeg een hepatitis, waardoor hij een paar maanden te bed lag en daarna weigerde patiënt in te gaan op de revalidatieplannen, omdat hij eerst wilde verhuizen. Eigenlijk is hij bang dat er, ook na de omscholing, voor hem geen werk meer zal zijn bij het vervoersbedrijf.

*Arts I:* Ik hoor verder, dat patiënt momenteel slechts halve dagen werkt. Ik vraag mij af of het niet beter zou zijn wanneer hij hele dagen zou werken, omdat hij dan in elk geval minder thuis zou zijn en thuis dan minder moeilijkheden zou veroorzaken.

*Semi-arts:* Wanneer ik daar op mag antwoorden, meen ik, dat hele dagen werken bedrijfstechnisch bij patiënt's werkgever niet mogelijk is. Het poetswerk wordt grotendeels 's nachts gedaan en nachtwerk is voor deze patiënt niet mogelijk. Aangezien hij bovendien niet de enige is, die als invalide dit soort werkjes doet, blijft er voor overdag voor hem slechts halve dagen werk over.

*Gespreksleider:* Met de suggestie van arts I kan ik het toch wel eens zijn, maar ik kan mij anderzijds ook wel voorstellen, dat deze patiënt een beetje bang is om bij zijn werkgever overbodig te worden, omdat hij daar zijn oude loon verdient en daar goede sociale voorzieningen zijn. Op het ogenblik zou deze patiënt door revalidatie financieel in elk geval niet vooruit gaan.

*Huisarts:* Het is ook altijd de zorg van de bedrijfsarts geweest deze man in het bedrijf te houden en hij heeft dus getracht hem een dusdanige baan te bezorgen, dat hij kon blijven. Dat is niet gemakkelijk, zoals de semi-arts al vertelde, omdat er een te groot aanbod is voor plaatsen, geschikt voor mindervaliden, zoals kaartjes-controleur, rijtuigpoetser en dergelijke. Daar komt bij, dat zijn verhuizing en overplaatsing alleen dan mogelijk zullen zijn, wanneer er weer een plaats als rijtuigpoetser vrij komt in zijn voormalige woonplaats.

*Arts I:* Afgezien van de financiële consequenties, die een revalidatie eventueel voor patiënt zouden kunnen hebben, ook vanwege het feit dat hij dan misschien bij zijn werkgever niet meer terecht zou kunnen, geloof ik, dat het toch voor zijn algemene toestand bijzonder gunstig zou zijn als hij wel zou worden gerevalideerd.

*Arts II:* Patiënt zou invaliditeitsrente kunnen krijgen; als hij bij het vervoersbedrijf werkt krijgt hij die niet. Zou hij bij dit bedrijf weggaan en invaliditeitsrente gaan genieten, dan zou hij die inkomsten kunnen gaan aanvullen door werk op een werkplaats voor minder-validen. Hij krijgt dan, naast zijn invaliditeitsrente, die als regel niet wordt afgehouden, een aan zijn gezin aangepast loon voor de door hem verrichte arbeid.

*Huisarts:* Ik geloof inderdaad dat werk voor hele dagen, waaraan hij ook meer vreugde zou kunnen beleven, de oplossing moet worden. Zoals het nu gaat, wordt het niets. Er zijn voortdurend ruzies tussen man en vrouw door een mijns inziens onredelijk optreden van de man. Ik word daar vaak bij geroepen en wanneer ik dan weer eens met hem heb gepraat, belooft hij beterschap; maar de volgende dag is het weer hetzelfde.

*Gespreksleider:* Ik zie, dat de psycholoog iets wil zeggen; wij zullen graag zijn mening horen.

*Psycholoog:* Naar aanleiding van wat arts II zojuist zei zou ik graag nog iets willen opmerken. Ik vraag mij af of deze man, gehandicapt als hij is in de coördinatie van zijn fijnere motoriek, het simpele werk, dat men dan nog voor hem heeft op de werkplaats voor minder-validen, wel zal accepteren. Ik bedoel met „simpel” geen depreciatie van het werk op de werkplaats in het algemeen. De moeilijkheid lijkt mij juist in deze werkplaats werk te vinden, dat voldoet aan de twee eisen, die de persoonlijkheid van deze patiënt aan het werk stelt, vooreerst, dat het is afgestemd op de grovere motoriek en vervolgens, dat in het werk zelf psychotherapeutische mogelijkheden voor de patiënt aanwezig zijn. De patiënt zou naar mijn mening juist door een therapeutisch accent in het werk meer greep op zijn gevoelsleven moeten krijgen. Wat tot nu toe naar voren is gebracht maakt, geloof ik, wel duidelijk, dat de moeilijkheden thuis voor een groot deel voortkomen uit het feit, dat er zo'n grote discrepantie is tussen aan de ene kant de actieve natuur van deze man en het door hem vroeger bereikte 'bezighheidsniveau, en aan de andere kant de gedwongen rust van nu en het bezighheidsniveau, dat hij momenteel aan kan.

*Socioloog:* Ik zou nog iets aan de semi-arts willen vragen over die woon- en werksituatie in patiënts tegenwoordige woonplaats. Daar ligt toch wel iets heel merkwaardigs. Deze patiënt woont daar reeds negen jaar en is er blijkbaar niet in geslaagd zich aan te passen. Hij heeft volgens de status geen enkele vriend of kennis. Bovendien had hij in zijn werksituatie, ondanks het ontbreken van enige opleiding, de relatief vrij hoge status bereikt van motorwagen-bijrijder. Is er over deze werksituatie iets naders bekend? Had hij contact met zijn collega's of was misschien deze situatie frustrerend voor hem omdat hij ook hier, zoals bij zijn woonsituatie, in een volkomen geïsoleerde positie stond?

*Semi-arts:* Wat zijn kennissen betreft, zou ik twee verklaringen willen aanvoeren. In de eerste plaats zou dat gemis kunnen worden verklaard juist door zijn werk, dat erg ongeregeld is, waardoor hij weinig tijd overhield om kennissen te vinden en alleen een gezinscontact onderhield. Daarnaast zou het kunnen zijn, dat deze man een zodanige persoonlijkheid is, dat hij niet gemakkelijk vrienden maakt buiten zijn werk.

*Huisarts:* Ik ben het toch niet helemaal met de semi-arts eens, want ondanks de zeer ongeregelde diensten, ziet men toch vaak, dat mensen uit patiënts bedrijf veel vrienden en kennissen hebben juist onder de bedrijfsgenoten. Ik vraag mij dan ook af wat eigenlijk de achtergrond is van het feit, dat deze man zo weinig kennissen heeft gehad.

*Arts II:* Het komt mij voor, dat wij tot nu toe veel te weinig aandacht hebben besteed aan het gegeven, dat deze man al sinds 1951 ulcusklachten heeft en daar dan ook voor werd geopereerd.

*Psycholoog:* Ja, ik geloof inderdaad, dat de patiënt wel een aantal persoonlijkheidskenmerken van de psychosomatiker vertoont. Volgens de theorie over het specifiek emotioneel conflict, dat aan psychosomatosen als het ulcus ten grondslag zou liggen, zou het hier vooral gaan om een sterke, infantiele behoefte om het object te zijn van waarderende sympathie van de omgeving, welke behoefte niet op bewust niveau wordt verwerkt. Integendeel, deze zou voor een deel tot uiting komen op somatisch niveau in een verhoogde maagperistaltiek zonder aanpassing aan de uitwendige situatie, voor een deel ook overmatig worden gecompenseerd in hyperactiviteit in sociaal opzicht; carrière maken in het werk, geldingsdrang, prestatiedrang, domineren enzovoort.

Bij deze patiënt zien wij, dat hij zonder vooropleiding zijn eigen carrière heeft gemaakt bij het bedrijf, waar hij motorwagen-bijrijder is geworden. Dit wijst op een sterke prestatie- en geldingsdrang. Desondanks, of beter juist daardoor, heeft hij geen vrienden op het werk en verder ook weinig kennissen. Hij kan alleen domineren binnen de kleine leefgemeenschap van zijn gezin. Hij blijkt vroeger, en misschien ook nu nog, een sterk actieve natuur te hebben en de semi-arts observeerde kettingrokerij, hetgeen men oraal gedrag zou kunnen noemen. Ook deze twee gegevens passen goed in dit beeld. Mijns inziens raakt, wat er nu is gebeurd, deze man juist in zijn zwakke plek, zijn behoefte aan sociale erkenning. Niet alleen ervaart hij zelf hoeveel minder hij thans kan, ook objectief is er een degradatie in zijn werk, waar hij is teruggevallen op de laaggewaardeerde functie van rijtuig-schoonmaker; en in zijn gezin, waar hij door zijn invaliditeit niet meer kan domineren. Daarom wil ik toch nog eens de nadruk leggen op het belang van bezigheidstherapie voor deze patiënt en op de aard van zijn werk, zodat hij door zijn werk meer greep op zijn gevoelens zal kunnen krijgen.

*Socioloog:* Min of meer hierop aansluitend, zou ik willen zeggen, dat bij deze patiënt toch wel blijkt dat de aard van het werk en tevens het sociaal aanzien van die arbeid wel degelijk van belang zijn geweest. Misschien mede omdat deze man een uitgesproken aanleg had voor het technische werk. Deze factoren hebben meer in hem gesloopt dan het loon en de bestaanszekerheid; hij verdient in die nieuwe baan immers hetzelfde loon.

Het gemis aan sociale betrekkingen lijkt mij toch zeker niet te verwaarlozen. De patiënt is waarschijnlijk vóór de fatale operatie al een probleem-mens geweest en men kan zich afvragen in hoeverre het falen op het maatschappelijke vlak, het falen in het contact zoeken met de evenmens, geleid heeft tot deze ziekte, tot deze uitlaatklep.

*Gespreksleider:* De kwestie van de revalidatie kunnen wij voorlopig besluiten. Patiënt wil niet worden gerevalideerd. Het is de taak, lijkt mij, van de huisarts om, wanneer dat tóch wenselijk is, daar wel op aan te dringen. Hij stelt als voorwaarde de verhuizing, die wij nu nog even in beschouwing zullen nemen. Ten aanzien van die revalidatie is er dus voor patiënt de vraag wat voor ander werk hij daarna zal kunnen krijgen bij zijn bedrijf en of hij daar niet helemaal overbodig zal worden. Dat is een belangrijk facet; de bedrijfsarts van zijn werkgever zal ons waarschijnlijk wel kunnen inlichten omtrent de verwachtingen, die wij hier mogen hebben. Ik wilde nu overgaan tot de kwestie van die verhuizing, maar ik zie dat de maatschappelijk werkster nog iets wil zeggen.

*Maatschappelijk werkster:* Tot nog toe hebben wij steeds gezien hoe wij de man zullen helpen. Uit alle gegevens blijkt echter, dat de vrouw de gezinssituatie plus de moeilijkheden met haar man niet aan kan. Nu zou ik in overweging willen geven of wij, naast de morele steun, welke zij bij de huisarts vindt, geen mogelijkheid kunnen vinden om haar te ontlasten in de zorg voor haar gezin. Ik denk dan aan het verschaffen van gezinszorg, maar daarbij is een praktische moeilijkheid, dat het voor lange duur zal zijn. Het zou ook nog mogelijk zijn om enkele kinderen tijdelijk in een ander, goed gezin onder te brengen en dan de kinderen, die daarvan het minste nadeel zullen ondervinden. Over een verhuizing heb ik nog niet zo'n uitgesproken oordeel.

*Socioloog:* Over de verhuizing naar de vroegere woonplaats is mijn indruk, dat het gezin toch wel op deze verhuizing is aangewezen. Het gemis aan sociale contacten, zelfs met de eigen familie door de overgang naar het katholieke geloof, heeft waarschijnlijk toch wel mede de huidige klachten bij deze patiënt veroorzaakt. Het is echter niet geheel duidelijk geworden uit de status in hoeverre ook de man wil verhuizen. Is het alleen de vrouw, of is ook de man gehecht aan de familie van zijn vrouw; zo niet, dan zouden wij moeten concluderen, dat de

moeilijkheden alleen maar zouden worden verplaatst. Ik zou de semi-arts willen vragen naar zijn indrukken hierover.

*Semi-arts:* Ik meen, dat ik in de status heb laten blijken, dat het vooral de man is, die wil verhuizen. Beide echtelieden willen dat, maar vooral de man. Dat leek mij duidelijk uit het gesprek dat ik, in verband met de spraakmoeilijkheden van de man, voornamelijk met de vrouw, heb gevoerd. Hij was het toch die steeds, al was het dan zeer moeizaam, altijd maar weer probeerde het gesprek terug te voeren naar de vroegere woonplaats. Ik kreeg daarvoor de indruk, dat hij er juist erg veel voor voelde daarheen terug te gaan.

*Huisarts:* Ja, hij heeft tijdens zijn ziekte alleen steun voor zijn gezin gehad van de familie van zijn vrouw.

*Gespreksleider:* De psycholoog wil iets in het midden brengen.

*Psycholoog:* De maatschappelijk werkster heeft zo even de aandacht gevestigd op de vrouw van de patiënt. Wij weten van haar eigenlijk niet meer, dan dat zij steeds naar haar huisarts komt om raad en steun. Daarom wordt zij in de status „psychisch labiel” genoemd. Ik vind het nogal gevaarlijk zo'n waarderende term op grond van zo weinig gegevens te hanteren. Kan de huisarts ons misschien wat meer over deze vrouw vertellen? Per slot van rekening zit deze vrouw inderdaad in grote, reële moeilijkheden en lijkt het mij dus nogal voor de hand liggend, dat zij raad en steun zoekt.

*Huisarts:* Ja, zij is niet erg sterk, zij is tenger gebouwd, ze heeft nogal eens wat, evenals de kinderen. Zij is toch inderdaad niet goed tegen de situatie opgewassen. Ze is zenuwachtig, gauw uit haar evenwicht en heeft mij vaak nodig, ook voor futiliteiten. Typerend voor haar is bijvoorbeeld dat, nu het gezin dat bij haar inwoonde, weggaat, zij niet blij is omdat ze zelf meer woonruimte krijgt, maar erg opziet tegen het wegvallen van de steun, welke ze van dit gezin nodig had en ondervond. Dit is voor haar een reden te meer om te verhuizen.

*Psycholoog:* Nu wij dit alles horen, lijkt het er op, alsof de vrouw constant een bepaald gedragspatroon vertoont: steun zoeken bij anderen, afhankelijk zijn, gemakkelijk het overzicht over de situatie kwijt raken. Ofschoon de typering er niet zo veel toe doet, zou ik het daarom toch voorzichtiger vinden een term als infantiel of onrijp te gebruiken. „Psychisch labiel” slaat juist op het wisselvallige, het onvoorspelbare in het gedrag; het lijkt mij daarom hier een minder gelukkige typering.

*Huisarts:* Ja, deze typering van de psycholoog lijkt mij inderdaad juist.

*Gespreksleider:* Uit een en ander blijkt wel duidelijke

lijk, dat deze casus op het ogenblik zo ligt, dat wij, zonder een aanvullend onderzoek naar de antecedenten van de vrouw en haar familie, ons geen volledig beeld kunnen vormen.

*Arts II:* Ja, maar wat wij wel duidelijk mogen stellen is, dat de wens van de vrouw om naar de vroeger woonplaats terug te keren heel verklaarbaar is wanneer wij de beschrijving van haar persoonlijkheid horen.

*Psycholoog:* Ik zie toch wel bezwaren tegen het adviseren van de verhuizing als een therapeutische maatregel. Wij hebben gezien, dat de vrouw een infantiel gedragspatroon vertoont, erg afhankelijk is van de steun van anderen. Door de ziekte van haar man kan zij van hem in haar moeilijkheden weinig steun verwachten, terwijl zij vroeger waarschijnlijk juist zo sterk op hem leunde. Wanneer zij nu elders woont, zal zij in elk geval voor hulp en raad helemaal op haar eigen familie zijn aangewezen. Daardoor komt haar gebondenheid aan haar familie des te sterker tot uiting. Voor de man zal dit waarschijnlijk een nog intensievere frustratie zijn, omdat hij dan telkens opnieuw wordt herinnerd aan het feit, dat hij zijn rol als beschermende echtgenoot en dominerende vader niet meer kan vervullen. Het grote gevaar van deze maatregel is mijns inziens dat de man helemaal wordt uitgeschakeld, terwijl wij er toch op uit zijn hem juist te helpen.

*Huisarts:* Ja, dit lijkt mij inderdaad een belangrijke visie. Nu het zo wordt gesteld vraag ik mij af, hoe de man er eigenlijk tegenover stond, dat het gezin steeds maar naar de vroegere woonplaats trok, zoals zo vaak gebeurde met feestdagen of verjaardagen, op vrije weekends. Hij heeft er mij eigenlijk nooit iets van laten merken dat hij bezwaar maakte,

maar hier zou toch best een oorzaak kunnen liggen voor zijn psychosomatische klachten. Maar achteraf vraag je je zo veel af. Nadat deze man zijn laatste operatie had ondergaan met alle consequenties van dien, heb ik me wel eens afgevraagd of ik hem wel op de juiste manier had behandeld. Ogenschijnlijk misschien wel. Ik heb zijn maagbloedingen lege artis zelf behandeld of laten behandelen door specialisten, maar hadden wij niet veel kunnen voorkomen door minder symptomatisch en meer causaal te denken en te behandelen?

*Gespreksleider:* Ik geloof dat het, helaas, de hoogste tijd wordt om onze bespreking te besluiten; wij zijn al over de beschikbare tijd van twintig minuten heen. Wij zijn er nog lang niet uit. Wij zitten nog volop in de diagnostiek en de therapie is nog niet duidelijk in zicht; een gang van zaken, die u overigens uit demonstraties van klinische patiënten niet onbekend is. De revalidatie-mogelijkheden en de revalidatie-wil van de patiënt moeten nader worden bekeken. De suggestie van de maatschappelijk werkster of en in hoeverre de echtgenote moet en kan worden ontlast — gezinshulp, tijdelijke uit-huisplaatsing van de oudste kinderen — vereist nader onderzoek. Dubieus is of verhuizing de door het gezin zelf verwachte oplossing brengt.

Het lijkt voor alles gewenst, dat de huisarts contact opneemt met de bedrijfsarts van patiënten werkgever en dat — in overleg met deze — de maatschappelijk werkster van dat bedrijf een onderzoek instelt naar de diverse maatschappelijke factoren, die tot nu toe zeker onvoldoende zijn geëxploreerd. Vermeldenswaard lijkt mij tenslotte nog, dat, in tegenstelling tot vele andere gevallen, die wij bij besprekingen als deze tegenkomen, de samenwoning van twee gezinnen hier blijkbaar geen problemen gaf.

## NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

### *De begeleidingsbrief; inlichtingen aan de specialist bij verwijzing van een patiënt*

DOOR I. PH. L. KOPERBERG, HUISARTS TE AMSTERDAM

In 1960 toonde Hogerzeil op een vergadering van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek een door hem ontworpen voorgedrukte begeleidingsbrief, welke hij gebruikte bij het verwijzen van zijn patiënten naar een specialist. Ik besloot daarop een dergelijke brief in mijn praktijk te gaan gebruiken en wil nu gaarne enkele ervaringen mededelen omdat ik geloof, dat mijn praktijkvoering er door is verbeterd.

De verbeteringen in de praktijkvoering zijn voornamelijk een gevolg van het steeds consequent beschrijven van de rubrieken anamnese, eigen onder-

zoek en diagnose in elke brief (zie model).

Alvorens deze ervaringen op te schrijven is dit onderwerp in gesprekken met enkele geïnteresseerde collegae nog eens kritisch behandeld. Het hieronder volgende is dan ook te beschouwen als een verslag der naar voren gekomen gedachten en mededelingen.

*Vroegere ziekten.* Het is mij opgevallen, dat wij soms zo weinig van onze patiënten en van hun vroeger doorgemaakte ziekten weten. Zo kan het gebeuren, dat belangrijke gegevens pas ter kennis komen