

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Hoe betreft de huisarts maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte in zijn werk?

VERSLAG VAN PANELDISCUSSIE

DOOR JHR. DR A. H. VAN LIDTH DE JEUDE, HUISARTS TE ZEIST

Op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte”, gehouden te Nijmegen in april 1961, werd tot slot een paneldiscussie gevoerd over de vraag op welke wijze de huisarts de maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte in zijn werk kan betrekken.

Discussieleider: Jhr. Dr A. H. van Lidth de Jeude, huisarts; leden van de panel: mej. P. Ch. Dubois, maatschappelijk werkster, mej. Laumans, maatschappelijk werkster, Dr F. J. A. Huygen, huisarts, K. G. Brühl, huisarts, Dr J. A. Weyel, psychiater, Dr H. Ph. Milikowski, socioloog, Prof. Dr A. Querido, hoogleraar sociale geneeskunde en Prof. Dr M. G. H. Veeneklaas, hoogleraar kindergeneeskunde.

Van Lidth de Jeude: U ziet aan deze tafel enige personen verenigd, die zich bereid hebben verklaard de vraag te beantwoorden: „Op welke wijze kan de huisarts de maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte in zijn werk betrekken?” De leden van deze panel zijn u voor een groot deel al bekend, omdat zij als spreker zijn opgetreden tijdens deze cursus. Het zijn: mej. Dubois, maatschappelijk werkster bij een scheepvaartbedrijf, mej. Laumans, die eerst als maatschappelijk werkster verbonden is geweest aan enige klinieken en nu sinds eind vorig jaar als maatschappelijk werkster ten dienste staat van een drietal huisartsen in Nijmegen en omgeving. Voorts zitten hier enige medische opleiders: Prof. Querido, Prof. Veeneklaas en de socioloog Milikowski, die alle drie kunnen worden beschouwd als pioniers op het gebied van het ontwerpen van methoden de maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte in het onderwijs te betrekken. Dan ziet u hier aan de tafel Dr Weyel, psychiater,

die gepromoveerd is op een proefschrift getiteld: „Psychiatrie in general practice”, welke titel hij in het Nederlands zou willen vertaald zien in: „Medische psychologie in de huisartspraktijk”. Tenslotte zijn in de panel opgenomen twee huisartsen: collega Huygen, voorzitter van het N.H.G. en collega Brühl, voorzitter van de Commissie Nascholing van het N.H.G., beiden mede-oprichters van het N.H.G. Zij streven er beiden naar de doelstelling van het N.H.G., de bevordering van de huisartsgeneeskunde en het richting geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze, zoveel in hun vermogen is te volgen.

Wij willen nu allereerst aan de maatschappelijk werksters vragen, op welke wijze zij de huisarts zouden kunnen terzijde staan bij zijn poging de maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte in zijn werk te betrekken. Mejuffrouw Dubois, kunt u ons allereerst in korte trekken de aard van uw werk uitleggen?

Mej. Dubois: Het is nu ongeveer vijftien jaar, dat ik als maatschappelijk werkster verbonden ben aan een scheepvaartbedrijf te Rotterdam, dat ongeveer drieduizend man personeel in dienst heeft, waarvan een derde deel werkt op de Rijnvloot, een derde deel op de zeevloot en een derde deel aan de wal. Tot mij kan iedereen zich wenden met persoonlijke moeilijkheden of moeilijkheden in de arbeidssituatie. Ook heb ik te maken met moeilijkheden die zich in bepaalde personeelsgroepen voordoen of met moeilijkheden tussen groepen onderling. Bovendien vraagt men mij soms advies bij het invoeren van veranderingen in werksituaties of bij het invoeren van meer algemene maatregelen.

Van Lidth de Jeude: De vraag, die ik u wilde voorleggen, is: Welke is uw relatie met de huisartsen en met de bedrijfs-medische diensten? Wij hebben deze cursus opgezet, omdat wij het gevoel hadden, dat de samenwerking tussen de medici en de maatschappelijk werkenden te wensen overliet. Wij zouden u daarom willen vragen, hoe uw relatie met de medici is en in welke zin u meent, dat hierin verbetering zou zijn te brengen.

Mej. Dubois: In die gevallen, waarin ik als maatschappelijk werkster contact opneem met de huisarts, word ik in het algemeen zeer welwillend te woord gestaan. Het komt echter zelden voor, dat een huisarts contact zoekt met de maatschappelijk werkster. In vele gevallen zouden, wanneer de huisarts aan deze mogelijkheid dacht, veel onnodige moeilijkheden kunnen worden voorkomen. De huisartsen geven de arbeider vaak een bepaald advies over het werk, dat óf niet in de werksituatie kan worden verwezenlijkt óf niet leidt tot het doel, dat de huisarts dacht te bereiken, omdat de huisarts onvoldoende op de hoogte is van de werksituatie. Het zou te wensen zijn, dat de huisarts, alvorens advies over het werk te geven, eerst contact opnam met de maatschappelijk werkster van het bedrijf of met de bedrijfsarts.

Van Lidth de Jeude: Kunt u dit misschien met een voorbeeld verduidelijken?

Mej. Dubois: In ons bedrijf kennen wij de continudienst, dat wil zeggen dat de werknemers afwisselend de vroege, de late of de nachtdienst vervullen. Het komt voor, dat een werknemer in moeilijkheden zit en als oorzaak van zijn moeilijkheden het werken in de continudienst aangeeft. Wanneer de huisarts in zo'n geval de personeelschef opbelt en meedeelt, dat de werknemer niet meer in de continudienst mag werken, heeft dit óf tot gevolg, dat de man wordt ontslagen óf overgeplaatst naar een andere tak van dienst. Bij nader onderzoek kan dan blijken, dat niet het werken in de continudienst de oorzaak is van de klachten, maar een andere moeilijkheid in het leven van de werknemer. Het is dan achteraf erg moeilijk het gegeven advies van de huisarts ongedaan te maken. Wanneer de huisarts in plaats van een advies te geven, dat in de werksituatie van de patiënt ingrijpt, contact opneemt met de bedrijfsarts of met de maatschappelijk werkster, is het mogelijk door gemeenschappelijk overleg een advies op te bouwen, dat ook rekening houdt met die factoren, die de huisarts niet zelf kan overzien. Wij zouden het erg op prijs stellen, wanneer de huisarts op deze wijze wil samenwerken.

Van Lidth de Jeude: U bent van mening, dat met samenwerking, zoals u die zo juist hebt beschreven, alle betrokkenen hun voordeel kunnen doen, zowel het bedrijf met de bedrijfsarts en de maatschappelijk werkster, als ook de huisarts, maar vooral de werknemer, de patiënt.

Mej. Dubois: Voor een aantal werknemers-patiënten zou een betere samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werkster van groot voordeel kunnen zijn. Ik denk dan vooral aan die werknemers, die de huisarts bezoeken, maar bij wie de oorzaak van de klachten moet worden gezocht op het bedrijf of in het gezin.

Van Lidth de Jeude: Collega Huygen, u bent één van de huisartsen die in Nijmegen en omgeving sinds een aantal maanden in de gelegenheid zijn samen te werken met mej. Laumans. Wat zijn uw ervaringen met de samenwerking met de maatschappelijk werkster en bent u van mening, dat deze samenwerking uw patiënten ten goede komt?

Huygen: Ik heb enige ervaring opgedaan in de samenwerking met de maatschappelijk werkster, zoals deze plaats vindt in het home-team. Het blijkt dan, dat er veel meer maatschappelijke problemen zijn dan wij als huisarts aanvankelijk weten. Door de gesprekken met de maatschappelijk werkster blijkt ons, dat wij veel minder goed op de hoogte van dergelijke problemen zijn dan wij dachten.

Aan het experiment in Nijmegen, waarop u doelde, doen mee de collegae Van Halewijn, Vlamings en ik. Het doel van het experiment is na te gaan, hoe vaak wij de hulp van de maatschappelijk werkster nodig zouden hebben en tevens te inventariseren voor welk soort gevallen deze hulp nodig is. Tot nu toe heeft deze samenwerking reeds een sterke intensivering van de aandacht voor de maatschappelijke problemen en een verdieping van het inzicht in de betekenis daarvan tot gevolg gehad.

De maatschappelijk werkster heeft een andere therapeutische werkwijze dan wij huisartsen. Zij streeft er naar de patiënt te stimuleren zoveel mogelijk zelf mede te werken aan de oplossing van zijn moeilijkheden. Wat de samenwerking met haar betreft, het is soms wel wat moeilijk om haar bij onze patiënten te introduceren. Dit komt vooral doordat de patiënten niet goed weten, wat de functie van een maatschappelijk werkster eigenlijk is. De ervaring heeft geleerd, dat, wanneer deze eerste moeilijkheden zijn overwonnen, de mensen haar hulp bijzonder op prijs stellen. Wij hebben geleerd, dat haar hulp vooral niet beperkt is tot het lenigen van materiële nood, maar dat zij vooral ook veel hulp kan bieden bij stoornissen en moeilijkheden in tussenmenselijke relaties. Zij heeft hier ook meer tijd voor dan de huisarts. Het meeste profijt hebben de patiënten, wanneer er een goede samenwerking bestaat tussen huisarts en maatschappelijk werkster. Om dit te bereiken zijn er geregelde samensprekingen tussen beiden nodig.

Van Lidth de Jeude: U meent dus, dat de samenwerking met de maatschappelijk werkster u meer bewust heeft gemaakt van de betekenis van maatschappelijke problemen in de huisartspraktijk en dat in samenwerking met haar vooral veel kan worden gedaan tot het verlichten van psychische noden.

Mejuffrouw Laumans, u heeft eerst enige jaren gewerkt als maatschappelijk werkster aan een kliniek en aan een sanatorium en u bent daarna het experiment met de huisartsen begonnen. Wij zouden graag van u horen in hoeverre uw werkwijze thans verschilt van uw werkwijze in de kliniek en het sanatorium.

Mej. Laumans: Een groot verschil in het werk, zoals ik dat nu met de huisartsen doe, is de wijze van introductie. De maatschappelijk werkster wordt in rechtstreeks verband gezien met de huisarts en daardoor wordt zij op dezelfde manier geaccepteerd als de huisarts. Dit is een groot winstpunt, omdat zij in de regel alleen wordt gezien als iemand, die zich met materiële zaken bemoeit. Nu wordt zij meer gezien als een verlengstuk van de huisarts. Dit is een belangrijk verschil met haar positie aan de kliniek. Daar gebeurt de introductie door de specialist, maar de maatschappelijk werkster voelt zich veel losser staan en zij moet veel meer haar eigen weg zoeken. De huisarts is trouwens beter geïnformeerd over de levensomstandigheden en levensgewoonten van zijn patiënten. Hij is ook meer emotioneel erbij betrokken. De specialist vraagt informatie over de levensomstandigheden van de patiënt. De maatschappelijk werkster wordt door de huisarts voor een deel reeds op de hoogte gebracht van deze levensomstandigheden. Het gesprek tussen de maatschappelijk werkster en de huisarts verloopt vlotter en er ontstaat gemakkelijker een goede samenwerking.

Wat de soort gevallen betreft, in de ziekenhuizen zijn het altijd incidentele gevallen, waarbij de patiënt uit zijn milieu is gelicht tijdens de ziekenhuisopname. Bij de huisarts ziet de maatschappelijk werkster de patiënt in het eigen milieu en in de relatie met het gezin. Doordat huisarts en zij de patiënt zien en leren kennen in dezelfde situatie, kunnen zij samen denken en samen voor hem verantwoordelijk zijn. Dit is een situatie, die in het ziekenhuis nooit zo wordt gevonden.

Van Lidth de Jeude: Wij zouden verwachten, dat er een zekere terreinverschuiving zou plaats vinden. Collega Huygen heeft gezegd, dat hij in samenwerking met de maatschappelijk werkster zoveel meer kan doen bij het lenigen van psychische nood. Ik verwacht, dat de maatschappelijk werkster, verbonden aan een ziekenhuis, in de eerste plaats wordt ingeschakeld ter leniging van materiële noden en in de huisartspraktijk meer wordt geconfronteerd met de psychische noden.

Mej. Laumans: Dit kan inderdaad het geval zijn, vooral als de maatschappelijk werkster pas in een ziekenhuis werkt. Als zij wat beter is ingewerkt en de specialisten oog hebben voor haar werk, komt het toch ook wel voor, dat zij wordt ingeschakeld voor psychische nood, die tijdens de ziekte als bijverschijnsel voorkomt.

Van Lidth de Jeude: Wij kunnen drie terreinen onderscheiden, waarop de oorzaak voor ziekte kan liggen: somatisch, psychisch en maatschappelijk. Wanneer huisarts en maatschappelijk werkster gaan samenwerken, dan hopen wij, dat in deze samenwerking het inzicht in de betekenis van ziekteverschijnselen en de wijze waarop de verschijnselen ontstaan, zal worden verdiept. In dit samenspel zal de huisarts in de eerste plaats zijn bijdrage leveren bij het beoordelen van de betekenis van het somatisch verschijnsel en de maatschappelijk werkster van de betekenis van het maatschappelijk verschijnsel. De beoordeling van de psychologische betekenis van het geheel zal waarschijnlijk de meeste moeilijkheden opleveren. Met de ervaring, die wij hebben opgedaan op dit gebied in de psychosomatische studiegroepen, is ons duidelijk geworden, hoe moeilijk de beoordeling van de psychische factoren kan zijn. Ik zou aan collega Brühl willen vragen of hij ook van mening is, dat op dit gebied moeilijkheden te verwachten zijn en op welke wijze hieraan kan worden tegemoet gekomen.

Brühl: Inderdaad zijn er allerlei moeilijkheden te verwachten. Ik ben het met u eens, dat de huisarts met de maatschappelijk werkster moet gaan samenwerken. Deze mening berust op de overtuiging, dat de gezondheidszorg geenszins meer het privilege van de arts is. Indien wij tot dit inzicht zijn gekomen en bereid zijn een stuk van onze autoriteit prijs te geven, meen ik, dat het goede klimaat is geschapen voor coöperatie en dat de huisarts ten aanzien van de maatschappelijke problematiek bij zijn patiënten een actieve rol kan gaan spelen. Met andere woorden, dat het initiatief ook van hem moet uitgaan bij het benaderen van deze materie en niet alleen van de maatschappelijk werker zoals tot nog toe het meest gebruikelijk was. Hoewel ik niet zover zou willen gaan als Prof. Querido, die tijdens zijn inleiding voor deze cursus de benaderingswijze van de sociale problematiek door de arts met die van een blinde heeft vergeleken, moet worden toegegeven, dat er sprake is van bijziendheid en ben ik met hem eens, dat zich in het sociale veld analoge moeilijkheden voordoen als wij hebben ontmoet bij de studie van de medische psychologie. Ook hier komen wij er niet met feitelijke kennis alleen en ook hier kunnen wij de aanpak van de maatschappelijke problemen niet uit een boekje leren.

De huisarts is in het somatische veld gewend zijn onderzoek te verrichten met objectieve meetmethoden en op grond van de resultaten van dit onderzoek een behandeling in te stellen. In het sociale en psychologische veld is de beoordeling van de verschijnselen gebonden aan het inzicht en de ervaring van diegene, die de verschijnselen waarneemt, aan de persoon van de arts. De huisarts is tegelijk waarnemer en instrument tot waarnemen. Voor de ontwikkeling van de betrouwbaarheid van het meetinstrument is in de eerste plaats ervaring nodig.

Ook Balint heeft er op gewezen, dat inzicht in de betekenis van psychologische verschijnselen alleen

kan worden verkregen door oefening: „Cook your own dinner and eat it”; „learning by doing”. Op grond hiervan meen ik — mede aan de hand van uitlatingen van Huygen — dat de maatschappelijk werkster de huisarts kan helpen door het toetsen van zijn ervaring en dat op grond daarvan samenwerking van haar en de huisarts moet worden aanbevolen.

Het is echter tijdens de cursus gebleken, dat de maatschappelijk werkster en huisarts als team alleen er in een deel der gevallen niet komen, aangezien zij voor medisch-psychologische moeilijkheden worden geplaatst, die buiten hun beider competentie vallen. Als ideale oplossing in deze moeilijkheden zie ik, dat wij studiegroepen opbouwen — naast onze bestaande studiegroepen voor medische psychologie — waarin enige, wat ik zou willen noemen „mixed-doubles” plaats nemen. Voor het gemak stel ik mij de huisarts als man, de maatschappelijk werkster als vrouw voor. Maar in elk geval als een tweeenheid, die hun gemeenschappelijke probleempatiënten of probleem-gezinnen, waar zij dus zelf niet geheel uitkomen, voorleggen, in eerste instantie aan de groep, waaraan zij deelnemen en in tweede instantie aan de coach van deze groep. Als ideale coach van deze groep zie ik een sociaal-psychiater. Ik realiseer mij echter, dat deze niet overal voorhanden zal zijn en dat afhankelijk van lokale omstandigheden hierin kan worden voorzien door andere psychiatrische hulp, eventueel aangevuld met een socioloog. Ik houd het voor mogelijk, dat in een dergelijke „research cum training group” ook nog plaats is voor een psycholoog.

Het lijkt mij, dat bij een ideale opzet aan drie desiderata tegemoet moet worden gekomen: 1 Het verantwoord opvangen van moeilijkheden, die de „mixed-doubles” in de algemene praktijk ongetwijfeld zullen ontmoeten, vooral in de medisch psychologische sector; 2 een aanzienlijke versnelling van het leerproces, aangezien zij ook met de problemen van andere „mixed-doubles” worden geconfronteerd; 3 het scheppen van de mogelijkheid tot het introduceren van theorie aan de hand van de gebrachte casuïstiek.

Van Lidth de Jeude: U acht het nuttig, wanneer studiegroepen van huisartsen worden gevormd, die met maatschappelijk werksters samenwerken en u beveelt aan voor deze studiegroepen adviseurs aan te trekken.

Ik zou nu aan collega Weyel willen vragen, die als psychiater-adviseur is verbonden aan een psychosomatische studiegroep in Amsterdam, welke de functie zou zijn van de psychiater in een door collega Brühl voorgestelde studiegroep.

Weyel: Als een maatschappelijk werkster wordt toegevoegd aan een team van huisartsen, dan moet deze jonge vrouw wel weten, wat ze begint, omdat zij niet zal weten, waar ze terecht zal komen. In de drie dimensionale bespreking is het niet alleen de taak van de psychiater-adviseur om de psycholo-

gische facetten van de casus naar voren te brengen, maar vooral — en dat is het grote werk van Balint geweest — de mensen te leren, hoe ze betrokken zijn in de situatie zelf. En de maatschappelijk werkster zal worden geconfronteerd met het feit, dat ze door haar handelingen en door datgene, wat ze na-laait, zelf de symptomatologie van het geval beïnvloedt. De psychiater zal haar duidelijk moeten maken, zoals hij dat ook de huisarts doet, welke rol zij speelt in de wereld van de patiënt en hoe zij daarvoor het ziektegeval zelf gaat behandelen. Hoe dus de patiënt op haar reageert, terwijl zij toch meent, dat zij zuiver objectief werk doet. Het is de grote betekenis van Balint geweest, dat hij de medicus heeft geleerd op welke wijze hij „involved” is in het geval en dat kon eveneens het geval zijn met de maatschappelijk werkster.

Er is een gevaar aan het toevoegen van specialisten aan een groep. In het algemeen zou ik willen zeggen: Hoedt u voor specialisten. Vergeet niet, dat de patiënt wordt behandeld door de huisarts en dat deze de man is, die tenslotte de zaak moet integreren en richting geven. Wij hebben het interessante verschijnsel meegemaakt, dat als men werkt met huisartsen, een stuk van de psychiatrische attitude verdwijnt. Als psychiater wordt men opgeleid in de diagnostiek en de therapie van geesteszieken, en in contact met huisartsen leert men, dat de huisartsen veel te maken hebben met problematiek van de intermenselijke relatie en dat geldt evenzeer voor de maatschappelijk werkster.

Miss Paterson heeft gezegd, dat de maatschappelijk werkster een opleiding heeft, die tenslotte niet medisch is en zij zal in samenwerking met de huisarts en de medisch psycholoog leren, dat er een apart stuk werk is, dat de titel heeft van maatschappelijk werk en dat een eigen problematiek heeft. Eén van de belangrijke dingen hierbij is het verschijnsel van de symptoomverschuiving.

Arteriosclerose kan zich presenteren als een somatische klacht; de patiënt kan komen met hoofdpijn, maar er kan ook een psychische klacht zijn, bijvoorbeeld depressie of geheugenstoornis. De maatschappelijk werkster kan de eerste zijn, die de patiënt met de beginnende arteriosclerose ontmoet, omdat de patiënt is gaan klagen over de continue-dienst en het tariefwerk, dat hij niet meer kan opbrengen, zoals mej. Dubois zei.

Oudere mensen zitten met het probleem van hun pensioen en als ze worden gepasseerd voor een promotie is het denkbaar dat hun pensioengrondslag niet hoog genoeg komt en dat kan spanningen geven, waarmee de sociale werkster als eerste in aanraking komt. Spanningen, die in wezen kunnen berusten op een beginnende arteriosclerose. Dit nu is de grote winst van de samenwerking van huisarts en medisch psycholoog, dat de dynamiek van de symptomatologie wordt gezien.

Daarnaast kan arteriosclerose zuiver organische klachten geven, terwijl de therapie wel kan liggen in het gebied van de sociale werkster. Het is meermalen voorgekomen, dat de sociale werkster con-

tact opneemt met een bedrijfsarts om de patiënt te kunnen helpen. De bedrijfsarts, die daar oog voor heeft, kan de mensen een andere functie laten toebedelen, zodat degeen, die als een arterioscleroticus bij hem is gekomen, op zijn zestigste jaar nog rustig als een volwaardig lid van het bedrijf kan doorwerken tot zijn vijfenzestigste, wat het grote voordeel geeft opgenomen te blijven in de gemeenschap als een waardevolle medewerker en niet te worden beschouwd als een ziek mens. De man krijgt dan een rustiger plaats in een meer beschermd milieu en zo kan deze patiënt dan sociaal worden geholpen. Dat is de grote winst van de groepsbespreking. Ik geloof inderdaad, dat het nuttig zou zijn, als wij dergelijke groepen zouden organiseren.

Van Lidth de Jeude: U heeft terecht in uw betoog de naam van Balint genoemd. Balint heeft gewezen op de betekenis van de arts-patiënt-relatie en daarbij vooral op de wijze waarin de huisarts emotioneel in deze relatie is betrokken. Wij huisartsen hebben vaak gemeend, dat wij onze patiënten objectief beoordelen en behandelen. Balint heeft ons gewezen, hoe wij in de problemen van onze patiënten kunnen zijn betrokken en hoe nodig het is, dat wij ons hiervan bewust worden. Eén van de gevolgen van dit emotioneel betrokken zijn is, dat wij onvoldoende in staat zijn de volle verantwoordelijkheid voor de behandeling van onze patiënten te dragen. Een andere oorzaak voor dit niet aanvaarden van deze verantwoordelijkheid moet worden gezocht in wat Balint noemt de „teacher pupil relationship”.

Het is ons gemakkelijk gemaakt de verantwoordelijkheid voor de behandeling van onze patiënten af te wentelen op de specialist. Een huisartsencursus, zoals wij nu hebben meegemaakt, heeft het grote voordeel, dat wij door onze actieve medewerking worden gedwongen in specialistisch milieu mede verantwoordelijkheid te dragen. Balint heeft, om de noodzaak van deze gelijke positie van huisarts en specialist in zijn studiegroepen te onderstrepen, deze groepen „research cum training groups” genoemd.

Wanneer wij studiegroepen gaan vormen met huisartsen, maatschappelijk werksters en specialisten, zullen dit ook „research cum training groups” moeten zijn. Ieder lid van de groep brengt zijn eigen ervaringen in en moet een eigen verantwoordelijkheid dragen. Het feit, dat wij in deze cursus gezamenlijk onze bijdrage hebben geleverd met medische opleiders en maatschappelijk werksters moge als een gelukkig uitgangspunt worden beschouwd voor een juiste samenwerking in de te vormen studiegroepen.

Collega Brühl heeft niet alleen gesproken over de mogelijke bijdrage van de psychiater aan de maatschappelijke studiegroepen, maar ook de mogelijke bijdrage van de socioloog. Collega van Es heeft op deze cursus een lans gebroken voor de samenwerking van huisartsen met sociologen. Het was grappig in de discussie te beluisteren, hoe de ras-

echte sociologen hem hebben aangevallen. Ik wil aannemen, dat zij terecht bezwaren hebben ingebracht tegen zijn werkwijze. Als bestuurder van het N.H.G. zijn wij desondanks bijzonder dankbaar, dat één van ons het heeft aangedurfd een experiment te beginnen tezamen met een socioloog met de bedoeling een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en daarbij het risico heeft durven lopen door sociologen ter verantwoording te worden geroepen. Evenzeer zijn wij dankbaar, dat er sociologen zijn, die het de moeite waard hebben gevonden in ons midden te verschijnen en door hun kritiek van hun belangstelling blijf te geven.

Mijnheer Milikowski, u bent socioloog en wij kennen u sinds Prof. Veeneklaas met zijn driehoeksbesprekingen naar buiten optrad. Prof. Veeneklaas heeft destijds het bestuur van het N.H.G. uitgenodigd aanwezig te zijn bij het ten doop houden van zijn troetelkind. Ik herinner mij hoe wij onder de indruk kwamen van de wijze, waarop u de sociologische principes invoerde bij de beoordeling van de door Prof. Veeneklaas gedemonstreerde patiënten.

U hebt in uw opleiding geleerd uw aandacht te besteden aan de gemeenschap als gemeenschap, de groep als groep en de invloed van groepen op elkaar. Wij begrepen, dat u zichzelf geweld had moeten aandoen, omdat u werd gevraagd uw wetenschap ten dienste te stellen bij de beoordeling van het individu. Wij waren diep getroffen door de emotionele wijze, waarop u uw visie gaf op het individu. Daardoor kregen wij al direct de indruk, dat u bij ons hoorde. Dit is ook de reden geweest, dat wij u hebben verzocht aan deze discussie deel te nemen om u te vragen of de socioloog in de door ons voorgestelde studiegroepen als adviseur een taak zou hebben. Wij zijn ons bewust, dat u in eerste instantie neen zult zeggen, want u bent tenslotte socioloog.

Milikowski: Ik zou het aldus willen formuleren: waar psychische problemen zijn, daar zijn al bij voorbaat maatschappelijke problemen en is, zelfs wanneer het een individu betreft, ook plaats voor een socioloog en deze is zelfs onmisbaar in een of andere vorm. Maar naar mijn mening zal het betrekken van een socioloog in een werkteam van huisartsen ter bespreking van een individuele patiënt pas betekenis krijgen als deze naast de visie, welke hij op de individuele patiënt geeft, ook inzicht kan verschaffen in de algemene maatschappelijke problematiek. Als dat niet het geval is zou de visie, die hij kan geven op de casus, niet voldoende tot zijn recht kunnen komen; dan zal wat hij zegt ten aanzien van de individuele patiënt niet voldoende door de artsen kunnen worden begrepen.

Dit moet ik misschien even toelichten. Het zal duidelijk worden, als wij de maatschappelijke positie bezien van de huisarts zelf. De huisarts behoort namelijk tot een sociaal geselecteerde groep van de bevolking en hij komt gewoonlijk door geboorte en door opvoeding uit een min of meer gegoede mid-

denstand en door zijn status als huisarts zal hij straks in het algemeen zeker tot de goede middenstand komen te horen. Men kan zelfs zeggen, dat statistische onderzoeken uitwijzen, dat hij behoort tot die kleine categorie van de bevolking van vijf tot tien procent, die tot de hogere inkomensgroepen behoren, maar dit heeft zijn gevolgen. Dat betekent, dat hij tot een andere sociale klasse behoort dan het grootste deel van zijn praktijk. Dat houdt in, dat de levensproblemen en ook de oplossingen, die voor die problemen door zijn patiënten worden nagestreefd, niet altijd dezelfde zullen zijn als de zijne. En we mogen het dan in het kort zo stellen, dat zijn kijk op de wereld, op de maatschappelijke wereld, de kijk is van de middenstander.

Dit ziet men ook eigenlijk wel uitgespeeld in de verhouding tussen arts en patiënt. De verhouding van de arts tot zijn patiënt is min of meer die van een welwillende patroon tot zijn beschermeling. Dankzij echter mijn theoretische voorlichting in het maatschappelijk gebeuren zal de arts, die geneigd is zich met individuele gevallen bezig te houden, geneigd zijn die iets algemener te gaan zien als het incidentele, dat hij toevallig aantreft in die patiënt en hij zal het incidentele dan ook kunnen generaliseren. Op grond van de ervaringen, die ik heb opgedaan in de Leidse kinderkliniek, meen ik te kunnen zeggen, dat het nodig en ook mogelijk is, dat een socioloog wordt geconsulteerd bij individuele gevallen. Dat zal echter alleen zin hebben, als hij naast de individuele visie op de patiënt ook een algemene visie geeft op de maatschappelijke gebeurtenissen; hij zal deze visie moeten geven op het gebeuren in het algemeen en daarbij in het bijzonder een speciaal aspect moeten belichten in het grote geheel. Hij zal dus naast de algemene sociologie ook over de gezinssociologie moeten spreken.

Van Lidth de Jeude: Als ik u goed heb begrepen, hebt u de boot een beetje afgehouden en ik zie u dus nog niet in onze studiegroep plaats nemen. U komt wel een beetje in het schuitje van Prof. Querido, die in de inleiding heeft gesteld, dat samenwerking tussen maatschappelijk werkster en huisarts pas vruchtbaar kan zijn, wanneer in de medische opleiding een basis wordt gegeven in de sociologie en wanneer in de opleiding van maatschappelijk werkster een basis wordt gegeven in de medische problematiek. Ik zou nu Prof. Querido willen vragen welke zijn mening hierover is, juist omdat hij in de inleiding zo duidelijk heeft gezegd, dat de sociaal-geneeskundige de aangewezen persoon is om zowel de sociologie als basiswetenschap aan de medische student te brengen, als ook de medische problematiek als basiskennis aan de maatschappelijk werkster-in-opleiding.

Prof. Querido: Wat het geven van een inzicht in de medische problematiek aan de maatschappelijk werkster betreft, is het probleem niet zo moeilijk. Het is in de bestaande opleiding van de maatschappelijk werkster mogelijk een vrij lange stage in te

voeren, die speciaal hieraan kan worden besteed. Dit gebeurt ook nu al in verschillende centra, waar sociaal-geneeskundig werk wordt gedaan, zoals in ziekenhuizen, op consultatiebureaus of in een geneeskundige dienst. Dit gebeurt dan onder supervisie van een sociaal-geneeskundige. Dit zou dan het grote voordeel hebben, dat de maatschappelijk werkster-in-opleiding de gelegenheid heeft tezamen met de oudere medische studenten in sociaal medisch werk te worden geïntroduceerd en inderdaad met hen samen te werken. Ik geloof, dat dit een ontzaglijk voordeel zou kunnen zijn voor hun latere samenwerking in de praktijk.

De introductie van de sociologie in de opleiding van de medische studenten is veel moeilijker en deze zou, wanneer zij goed zou moeten zijn, vrij revolutionaire veranderingen eisen. Ik geloof, dat de basisopleiding in sociologie en psychologie, die ik zou willen kwalificeren als medische sociologie en medische psychologie, zonder deze thans nader te omschrijven, moet liggen vóór het kandidaatsexamen. Als men het tweede deel van het kandidaatsexamen beschouwt als de opleiding tot antropologie en antropogenetica, dan spreekt het vanzelf, dat naast de morfologie en de fysiologie onderwijs moet worden gegeven in de leer van de menselijke verhoudingen. In die periode moet de basis worden gelegd voor medische sociologie en medische psychologie.

Van Lidth de Jeude: Prof. Veeneklaas, door de wijze waarop u de sociologie in uw onderwijs heeft geïntroduceerd, bent u een van de weinige hoogleraren in de klinische vakken, die ervaring heeft van de waarde hiervan voor het medisch onderwijs. Wat is uw mening over de wijze waarop de basisopleiding in de sociologie in de medische studie kan worden gegeven en wat zijn naar uw mening de resultaten van de wijze waarop u zelf de sociologie in uw opleiding van de studenten heeft betrokken?

Prof. Veeneklaas: Mag ik aansluiten aan hetgeen zojuist is gezegd door mijn collega Querido? Ik ben het helemaal met hem eens, dat de sociologie en de medische psychologie vroeg in de opleiding van de medische student moet worden geïntroduceerd, om dus niet alleen de zieke somatisch te leren kennen, maar ook het individu, de patiënt, de mens, die ziek is. Ik zou eigenlijk nog een stap verder willen gaan. Als Prof. Querido zegt vóór het kandidaatsexamen, dan zou ik dat willen accentueren en ik zou willen stellen, niet alleen vóór het kandidaatsexamen, maar vanaf het eerste jaar en wel hierom, omdat de medische student zijn medische studie begint met een bepaald idee en die ideeën zullen al naar de persoonlijkheidsstructuur van de medische student wel wat verschillen, maar ze zullen één ding zeker gemeen hebben. Al deze mensen stellen zich voor, dat zij te zijner tijd op de een of andere manier zieken zullen helpen, en dan begint de medische studie, die tenminste zeven jaar duurt,

waarin zij vol worden gegoten met allerlei mogelijke exacte en technische gegevens en waarin, zoals Prof. Querido duidelijk heeft gezegd, de patiënt min of meer verdwijnt. Er is geen ogenblik in de hele medische studie, waarop de student meer ontvankelijk is voor het zien van de patiënt, dan op het moment waarop hij zijn medische studie aanvangt. Ik zou er ernstig voor willen pleiten, dat deze revolutie wordt ingeluid en dat die dan begint op de eerste dag, dat de medische student met zijn studie aan de universiteit begint. De ervaringen in de Verenigde Staten van Amerika zijn daarmee in overeenstemming. Men heeft daar namelijk ook ontdekt — en al enige tijd geleden — dat de medische opleiding wel de artsen geschikt maakt om ziekten te behandelen, maar niet om zieken te behandelen. In deze lacune heeft men getracht te voorzien door theoretische lessen te geven in psychologie en door de studenten gedurende hun opleiding in aanraking te brengen met patiënten. Daar is duidelijk aan de dag gekomen, dat hoe vroeger men de studenten met patiënten in aanraking brengt, zoveel te beter zij de patiënt zien. Wanneer men het later doet in de opleiding, zijn zij geconditioneerd door de exacte kennis, waarmee zij dagelijks in aanraking komen. Dit dus in aansluiting op de opmerking van Prof. Querido.

Nu hebt u mij gevraagd hoe ik de zaak zie na het kandidaatsexamen. U weet dus, en wij hebben het hier ook gedemonstreerd, hoe wij in de Leidse kinderkliniek een driehoeksbespreking in experiment zijn begonnen. Deze driehoek kan men natuurlijk alleen maar zo nu en dan met didactische doeleinden geven als een soort voordracht, maar men kan een dergelijke driehoek alleen maar maken, alleen maar construeren, als die steunt op een driedimensionale algemene aanpak in de kliniek. In de Leidse kinderkliniek worden alle patiënten zonder uitzondering driedimensionaal benaderd en bestudeerd. Alle patiënten worden besproken zowel met de dokter als met de psycholoog en de psychiater, met de sociale werkster of de socioloog op de achtergrond. Daarvan hebben wij allen bijzonder veel geleerd en nu vraagt u, wat betekent dat nu, welke consequenties heeft dat voor de leerlingen? Wij hebben de medische student, behalve op het college, waarbij de patiënt ook op deze wijze wordt gedemonstreerd, negen weken als co-assistent, waarin hij zelf werkzaam is en ik heb in de loop van de jaren kunnen constateren, dat de medische studenten meer open zijn gaan staan en ook meer belangstelling en meer oog hebben gekregen voor de andere facetten van de zieken. Misschien wordt het nut van deze driedimensionale aanpak nog wel het duidelijkst gedemonstreerd aan de verandering, die ik heb gezien bij de kinderartsen, die dus langer in de kliniek in opleiding blijven, namelijk vier jaren en zich daarna vestigen. De kinderartsen die zich vandaag vestigen, zien problemen die hun voorgangers niet zagen.

Van Lidth de Jeude: Wij komen nu tot een samenvatting over hetgeen is gezegd naar aanleiding van de vraag: „Op welke wijze kan de huisarts de maatschappelijke facetten in gezondheid en ziekte in zijn werk betrekken?”

Wij moeten dan uitgaan van het inzicht, dat ziekteverschijnselen hun oorzaak kunnen vinden in drie gebieden: somatisch, psychisch en maatschappelijk en dat het mogelijk is, dat de ziekteverschijnselen zich kunnen voordoen in een ander gebied dan datgene waar de oorzaak is te zoeken. Collega Weyel heeft dit aan een voorbeeld verduidelijkt. Bovendien is het mogelijk, dat de therapie succes heeft al grijpt deze niet direct aan bij de oorzaak van het verschijnsel, noch bij het verschijnsel zelf. Toch moet het voor een juiste therapie wel van belang worden geacht, dat de therapeut een inzicht heeft in de wijze, waarop ziekte-oorzaak, ziekteverschijnsel en toegepaste therapie zich tot elkaar verhouden.

Welke zijn nu de praktische consequenties van dit inzicht? De huisarts zal meer begrip krijgen voor het nut van een nauwere samenwerking met maatschappelijk werkers. Dit kan allereerst leiden tot een nauwer contact met de maatschappelijk werker, die in zijn rayon werkzaam is.

In de tweede plaats, en dit geldt vooral voor kleinere gemeenschappen, kan de huisarts het voorbeeld van collega Huygen in een of andere vorm volgen. Hij kan besprekingen bevorderen met diegenen, die op een of andere wijze in zijn rayon in de zorg om zijn patiënten zijn betrokken, met maatschappelijk werkers, geestelijke verzorgers en vertegenwoordigers van op maatschappelijk terrein werkende instanties. Door gemeenschappelijk overleg kan een beter inzicht ontstaan in de noden van onze patiënten, hetgeen weer kan leiden tot een gemeenschappelijke therapie.

Ten derde is genoemd het vormen van „research cum training groups” van huisartsen met maatschappelijk werkers eventueel gesteund door ter zake kundige adviseurs. Naast de praktische consequenties van het nieuw verworven inzicht bestaat de consequentie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Wij hopen, dat er, in navolging van collega van Es, meer huisartsen zullen komen, die in eigen praktijk wetenschappelijk onderzoek gaan opzetten tezamen met een socioloog, maar ook uit de „research cum training groups” moeten op de duur gegevens beschikbaar komen, die voor wetenschappelijke bewerking toegankelijk zijn.

De huisartsen, die deze cursus hebben bezocht, zullen ongetwijfeld meer nog dan voorheen aandacht gaan besteden aan sociale facetten en de betekenis daarvan voor gezondheid en ziekte. Een vonk, die er reeds was, want anders waren wij in deze cursus niet samen gekomen, is aangewakkerd en wij hopen, dat het vuur, op deze cursus ontstaan, brandend zal blijven.