

dit gezin nieuwe mogelijkheden heeft geopend, welke waarschijnlijk op geen andere wijze kunnen worden geboden.

Samenvatting. Uitgegaan wordt van de veronderstelling, dat het astma, als constitutionele aandoening, aanleiding kan zijn tot een vicieuze cirkel van schadelijke gewoonten bij de patiënt en bij zijn

milieu. Door opname van de patiënt in een kliniek, waar aan de psychische reconditionering op systematische wijze aandacht wordt geschonken, en door gelijktijdige, goed gecoördineerde beïnvloeding van het milieu door een medisch maatschappelijk werker, zullen deze schadelijke gewoonten waarschijnlijk op de beste wijze kunnen worden bestreden.

Huisarts en schoolarts: hun communicatieproblemen

DOOR J. HOEING, SCHOOLARTS TE ALPHEN AAN DEN RIJN

De verhouding huisarts-schoolarts is zelden onderwerp van een schriftelijk relaas; zij bevindt zich in de schaduw van ons medisch denken. Toch ervaren vele schoolartsen hun communicatie met de huisarts als een probleem (het omgekeerde lijkt minder vaak voor te komen). Vandaar deze overpeinzing, die slechts ten doel heeft de wenselijkheid van meer contact te belichten.

De schoolarts is een collega, die kinderen van de schoolgaande leeftijd zo af en toe — al dan niet grondig — onderzoekt en de gevonden afwijkingen meldt aan de huisarts, de centrale figuur in het gezin. De schoolarts wordt daarbij, terecht, geenszins erkend als hogere medische autoriteit; hem wordt geen specialistische kennis toegedacht en wat hij verwijst betreft nog al eens afwijkingen van wat men zou kunnen noemen „lagere orde”, zoals myopieën, hypertrofische tonsillen, adenoïde vegetaties enzovoort, afwijkingen dus, die weliswaar aantoonbaar zijn en ongerief met zich brengen, maar die de levensduur en de gezondheid in engere zin nauwelijks of niet bedreigen. Deze afwijkingen maken ondanks hun relatieve eenvoud meestal een bezoek aan een specialistisch geschoold collega nodig. Deze situatie: schoolarts - huisarts - verwijskaart - specialist bevordert niet de populariteit van de schoolarts.

Theoretisch is de schoolarts niet beperkt in zijn preventieve werk, maar het is de vraag hoe ver preventief werk gaat. Heilgymnastiek en spreeklessen, in ons land algemeen ondergeschikt gemaakt aan de schoolartsendiensten, worden ongetwijfeld voorgeschreven ter preventie van ernstiger afwijkingen, hetzij fysisch hetzij psychisch, maar vallen zij ook niet onder de curatieve vorm van geneeskunde? Ook het hanteren van deze hulpmiddelen zal soms keer niet bijdragen tot de populariteit van de school-

Bovenstaande voorbeelden kunnen gemakkelijk worden aangevuld zonder verrijkend te werken. Zoals de huisarts zijn routinewerk kent, zo is hier vóór geschetst hoe het routinewerk van de schoolarts in de huisartsenpraktijk dringt. Hier is een éénrichtingsverkeer, dat niet tot wezenlijk contact leidt en gemakkelijk de indruk wekt dat een verder zich verdiepen in elkaars werk ten gunste van het schoolkind niet nodig is, terwijl dat wel degelijk het geval is.

Is de huisarts heer en meester in het eerste milieu (het gezin), het tweede milieu is in enkele opzichten het terrein van de schoolarts. Hij krijgt het kind te zien in zijn bestaansvorm buiten het gezin, hij krijgt ook een kijkje achter de schermen van de houding van het gezin tegenover het zo belangrijke tweede milieu: de school. Hij hoort de medespelenden van de school, als de onderwijzer(es), het hoofd der school, andere kinderen, kortom hij raakt op den duur ingeleefd in de situatie, waarin de kinderen in hun schooltijd leven en zoals die kinderen elkaar beleven. De schoolarts wordt geconfronteerd met het integrale welzijn van het kind en aldus met het belang van de afwijkingen van „lagere orde”, die steeds maar weer, dag in dag uit, een geringe belemmering tot het zich geheel goed voelen vormen en daardoor de positie op school aantasten.

Dit laatste is niet overdreven: het gezin is een beschermend milieu, waarin wordt gezorgd, waarin je klein kunt zijn; de school eist persoonlijkheid, liefst voor honderd procent. Het schoolkind, dat thuis gehoorzaam en lief is en eigenlijk niet opvalt, kan de school tot wanhoop brengen door zijn ongecoördineerde gedrag (en omgekeerd), voortkomende uit ja waaruit voortkomende? In zo'n situatie wenst de schoolarts een duidelijke inlichting over de gezinssituatie en dan graag van de collega-huisarts. Een gemeenschappelijk overleg kan gunstig zijn voor een harmonische ontwikkeling van het kind en is niet teveel gevraagd — theoretisch. Gebrek aan communicatie doet het overleg echter verzanden.

De tot schoolarts geworden (huis)arts leert begrippen hanteren die het contact met zijn collegae niet vereenvoudigen. In veel gevallen, vooral ten plattelande, zal zijn oordeel worden gevraagd over kinderen, die niet mee kunnen komen op school. Hij zal een lichamelijk onderzoek verrichten en na afloop g.a. (of g.b.) constateren, vervolgens beseffen dat daarmee de kwestie niet is opgelost en een psychologisch onderzoek noodzakelijk achten waarbij hij zelf een stem heeft uit te brengen; hij zal zich in die richting moeten scholen. De verworven medisch-psychologische kennis, in de praktijk gebracht bijvoorbeeld in een team met een psycholoog, met een pedagoog, met een maatschappelijk werker

(mist u hier ook de huisarts²), geeft een inzicht in het probleemkind en resulteert in een bepaalde aanpak of maatregel.

Niet zelden krijgt de huisarts hiervan bericht; zelden sorteert dat veel effect. De reden hiervan kan zijn dat de huisarts sociaal-geneeskundig niet voldoende is geïnteresseerd, dat hij werkelijk geen tijd heeft of dat er niet voldoende communicatie is; vooral dat laatste is zeer betreurenswaardig. Want men beseft goed, de huisarts is een belangrijke figuur in en om het gezin. Wanneer een bepaalde maatregel wordt aanbevolen na een uitgebreid onderzoek, een maatregel die in het gezin moet worden „verwerkt” (bijvoorbeeld verwijzing naar B.L.O., een waarlijk niet gering trauma voor ouders), en de huismedicus verzet zich tegen de adviseurs-rapporteurs, dan weegt niet zelden zijn advies zwaarder, hoewel het wellicht objectief minder deskundig is.

Uitzending naar een gezondheidskolonie is een ander onderwerp, waarover de schoolarts met de huisarts zou willen praten. A priori wordt uitgegaan van de veronderstelling dat de indicaties bekend zijn. Het *Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, dat een apart pamflet aan de uitzending wijdt, zegt zo kernachtig bij indicatie III: „ter vermeerdering van de lichaamsweerstand bij kinderen met de volgende afwijkingen: . . . 3 nervositas . . . deze indicatie dient met zorg te worden gesteld . . . met behulp van de gegevens van gezin, school en huisarts.” Elders kan men lezen: „. . . steeds dient te worden overwogen: . . . 2 of niet verbetering van het milieu van het kind de uitzending onder andere beter tot haar recht zal doen komen.”

Samenwerking op dit gebied van huisarts, schoolarts en nazorg zal het resultaat van de uitzending beslist positief beïnvloeden. De schoolarts kan een rol spelen bij het stellen van de indicatie, terwijl de nazorg typisch het terrein van de huisarts is. Het kan niet worden ontkend dat juist de nazorg een zwak punt is in het geheel van de uitzending. Een goed advies, een begeleiding voor kortere tijd door de huisarts, men mist dit alles node. Ook hier komt de vraag naar voren, of betere communicatie niet tot meer belangstelling zou kunnen leiden, resulterend in een blijvend betere conditie van het uitgezonden kind.

Schoolonrijpheid is een ander begrip dat de schoolarts leert hanteren; hij zal op voor de huisarts wellicht onbekende motieven de ouders adviseren hun kind nog een jaar op de kleuterschool te laten. Toch bestaat schoolonrijpheid. Deze kan aannemelijk worden gemaakt met behulp van een kleine test, door Pels in Nederland bekend geworden. Een schoolrijp kind kan een poppetje tekenen dat áf is, dat wil zeggen armen en benen heeft, een romp en een gedifferentieerd gezicht; het kan zonder voorafgaande instructies tot dertien tellen (en meestal tot twintig); het kent kleuren en heeft inzicht in

vragen als: waarom heeft papa geld nodig, waarom hebben wij water nodig? Het natekenen van een cirkel, een driehoek of een vierkant is per se iets anders dan het natekenen van een ruit; dit laatste is „rijper”.

Een geheel schoolonrijp kind naar de lagere school zenden kan tot niet geringe frustraties leiden. In een dergelijk geval wenst de schoolarts de steun van de huisarts, maar niet zelden ontbreekt deze. Door onbekendheid met elkaars werk ontstaat een neiging tot denigratie, althans tot een niet opvangen van elkaars standpunt. De reden hiervan is wederom: geen communicatie.

Ook ervaart de schoolarts dat pseudodebilititeit op grond van myopie of doofheid een realiteit is. Hij kan echter persoonlijk niet meer doen dan de huisarts de afwijking melden en bij een goede verhouding aandringen op therapie. Het te behalen succes is echter geheel afhankelijk van de goede verhouding. Bij geringe communicatie en bij daaruit gemakkelijk voortvloeiend wanbegrip, is het moeilijk een dergelijke pseudodebilititeit te bestrijden.

Tenslotte is bij dit alles een sociaal-geneeskundig inzicht onontbeerlijk. Ongetwijfeld beoefent de huisarts een andere vorm van sociale geneeskunde dan de schoolarts. Dat kan ook niet anders: hun uitgangspunt is verschillend. Het woord van *Querido*: „Ieder facet van de geneeskunde heeft zijn eigen sociale geneeskunde” wordt duidelijk, al te duidelijk, want het kan remmend werken op beter contact.

Door al deze oorzaken bestaat er voor de schoolarts een communicatie-probleem. De harmonische ontwikkeling van het kind is een uiterst belangrijke zaak waarmee veel is gemoeid. Daarom stijgt de wens naar intensiever contact boven dagelijkse sleur en routine uit: het gaat om onze toekomst.

Misschien is het nuttig mede te delen dat de schrijver dezer regelen huisarts is geweest en de stap naar het schoolartsendom heeft gezet. Hij heeft geprobeerd eerst in zijn oude stoel te gaan zitten en later van zijn nieuwe (toegegeven: comfortabelere maar wat minder mooie) stoel uit, zo weinig mogelijk affectbeladen, de communicatieproblematiek te belichten. Het is hem bekend dat veel huisartsen (evenals trouwens veel schoolartsen) anders zijn dan werd voorgesteld. Niettemin lijkt het geschrevene een voldoende doorsnede om als uitgangspunt te dienen voor een beter wederzijds begrip en een intensievere communicatie.

Kaayk, C. K. J. (1961) *T. Soc. Geneesk.* 39, 661.

Kiestra, L. (1960) *T. Soc. Geneesk.* 38, 382.

Müller, J. H. (1957) *Gesundheitsfürsorge* 6, 249.

Querido, A. (1955) *Integrale Geneeskunde*. Stenfert Kroese, Leiden.

Staatstoezicht op de Volksgezondheid (1954) *Uitzending van kinderen naar koloniehuisen en gezinnen*. Landsdrukkerij, 's-Gravenhage.