

Huisarts - M.O.B. - Huisarts*

DOOR DR. A. W. VAN MEURS, PSYCHIATER TE 'S-GRAVENHAGE**

Het Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.) stelt zich ten doel het bevorderen van de geestelijke gezondheid van het in zijn psychische ontwikkeling bedreigde kind. De hulpverlening kan op verschillende wijzen worden geboden: meestal door middel van een langdurige behandeling, waarbij in bepaalde gevallen het accent zal komen te liggen op de psychotherapie van het kind, in andere gevallen op de beïnvloeding van het milieu, soms door middel van een min of meer eenvoudig advies aan de opvoeders. De toegepaste vormen van behandeling kunnen weer nader worden onderscheiden in de tijdrovende intensieve psychotherapie en in een behandeling waarbij meer sprake is van een begeleiding van de ontwikkeling van het kind in een veel beperkter aantal contacten. Een verantwoorde keuze uit de verschillende vormen van hulpverlening is alleen mogelijk na een onderzoek waarbij de stoornissen en de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind worden bekeken in hun relatie tot het milieu. Stoornissen zijn in de regel meervoudig bepaald; voor een goede beoordeling van het gecompliceerde samenspel van aanleg en milieu, van biologische en socio-culturele factoren is dan ook een team van deskundigen nodig. Het M.O.B. kan door zijn werkwijze in teamverband aandacht schenken aan het kind in zijn somato-psychische eenheid en daarbij de ontwikkelingsmogelijkheden peilen in hun relatie tot de omgeving.

Uit het voorgaande moge volgen dat in het M.O.B.-werk een belangrijk accent wordt gelegd op de sociale factoren, hetgeen ook tot uiting komt in de belangrijke plaats welke de psychiatrisch sociale werker inneemt, zowel in het onderzoek als in de behandeling. In vele gevallen is het milieu het belangrijkste aangrijpingspunt voor de hulpverlening. Zelden zal het mogelijk zijn, doeltreffende hulp te bieden door middel van een geïsoleerde behandeling van het kind. Daartoe is het kind — en vooral het jonge kind — te zeer afhankelijk van zijn milieu. In menig geval geven de milieufactoren de doorslag bij het slagen of mislukken van een behandeling.

Het M.O.B. ontmoet bij zijn werkzaamheden in de huisarts een belangrijke sleutelfiguur. Dikwijls worden de ouders door de huisarts verwezen naar het M.O.B.; in vele gevallen kan de huisarts informatie bieden, die voor de diagnostiek en de indicatie van de behandelingsvormen van doorslaggeven-

de betekenis kan zijn. Op zijn beurt zal de huisarts, wanneer hij in zijn praktijk te maken krijgt met opvoedings- en aanpassingsmoeilijkheden bij kinderen, kunnen aankloppen bij het M.O.B. Bij een nadere beschouwing van de samenwerking tussen huisarts en M.O.B., blijkt deze op het oog betrekkelijk eenvoudige relatie nogal gecompliceerd te zijn. Men kan deze samenwerking van verschillende kanten bezien, al naar gelang van de beweegredenen en verwachtingen van de betrokkenen: de huisarts, de ouders met hun kind en het M.O.B.

Wanneer de huisarts een kind verwijst naar het M.O.B., dan zal het in de meeste gevallen een verwijzing zijn ter behandeling. Van het M.O.B. wordt dan verwacht dat het maatregelen zal treffen om de gedragsafwijkingen te verhelpen en op deze wijze de weg vrij te maken voor een gezonde ontwikkeling. De huisarts draagt hierbij zijn patiëntje over aan de zorgen van het bureau, hetgeen vaak neerkomt op een terugtreden van de huisarts. Een verwijzing ter diagnose komt slechts zelden voor, zeker in vergelijking met de situatie bij andere specialismen. Een consultatief beraad behoort tot de grote uitzonderingen; het wekt de indruk dat de huisarts van het standpunt uitgaat dat hulp aan probleemkinderen niet tot zijn competentie behoort. Het ligt voor de hand de verklaring hiervan in de eerste plaats te zoeken in de gecompliceerdheid van de problematiek, in het bijzonder wanneer de gesignaleerde gedragsafwijkingen blijken te wijzen op ontwikkelingsstoornissen.

De wetenschap dat ontwikkelingsstoornissen meestal meervoudig zijn bepaald en dat de behandeling van psychische afwijkingen hoge eisen stelt aan de therapeutische bekwaamheid, doet de huisarts al gauw afzien van het eigen aandeel en al zijn hoop richten op het M.O.B.. De overtuiging dat juist op het zo uiterst gecompliceerde terrein van de ontwikkelingsstoornissen een werkwijze in teamverband noodzakelijk is, heeft nog eens te meer de beperkte mogelijkheden van de alleen-werkende medicus onderstreept. Dit geldt voor de kinderpsychiater, die zonder medewerking van kinderarts, psycholoog en maatschappelijke werker weinig kan uitrichten; dit geldt, *mutatis mutandis*, ook voor de alleen-werkende huisarts.

Hoewel het M.O.B.-team met zijn vier, soms vijf deskundigen — wanneer ook een pedagoog deel uitmaakt van het team — aanzienlijk meer vermogen dan de alleen-werkende arts, zou het onjuist zijn te menen dat hiermee het ideaal is bereikt. Een al-

* Dit artikel verscheen eveneens in het jaarverslag van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie.

** Directeur van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie.

leen-werkend M.O.B. kan ook weinig uitrusten. Dit wordt bij deze instelling nog te weinig ingezien terwijl men — samenhangend hiermee — nog te vaak op te hoge verwachtingen stuit bij de huisarts, die na zijn verwijzing meent dat het M.O.B. het wel alleen zal klaren. Deze onjuiste voorstelling van de mogelijkheden van het M.O.B. moet wel tot teleurstelling leiden, dit tot schade voor het betreffende kind. Een beter begrip tussen huisarts en M.O.B. voor elkaars mogelijkheden is dan ook dringend gewenst.

* * *

Onbekendheid is niet de enige oorzaak van onjuiste verwachtingen, er spelen ook andere motieven in mee. Menige huisarts staat met gemengde gevoelens tegenover de psychiatrie. Het feit dat de huisarts niet vertrouwd is met het werkterrein van de psychiater is niet zo verwonderlijk wanneer men bedenkt hoe zeer in de universitaire opleiding de nadruk ligt op het somatische. Bovendien wordt alle aandacht besteed aan de ziektebeelden uit de klinische psychiatrie, welke de huisarts in zijn praktijk betrekkelijk weinig tegenkomt, terwijl de „kleine psychiatrie” die naar sommige schattingen een derde van de klachten zou bepalen, aan de universiteit nauwelijks wordt behandeld. In de dagelijkse praktijk van de huisarts ontbreekt voorts dikwijls een behoorlijke communicatie met de psychiater, zodat de gesignaleerde onbekendheid niet wordt opgeheven. Daar komt nog bij, dat de psychiatrische problematiek dikwijls bijzonder verwarrend is door de veelheid van syndromen, de onduidelijke terminologie en de tegenstrijdigheid van de theorieën. Tenslotte dragen de weinig opvallende resultaten van de psychiatrische behandeling niet bij tot beter begrip over en weer. Het is dan ook niet onbegrijpelijk dat menig huisarts meer verwacht van de psychofarmaca dan van de psychotherapie. Hoe het ook zij, zowel een te groot optimisme ten aanzien van de psychiatrie van de kant van de huisarts, waarbij hij het kind „weg” verwijst naar het M.O.B., als een te groot pessimisme waarbij inschakeling van psychiatrische hulp achterwege blijft, sluit een vruchtbare samenwerking tussen M.O.B. en huisarts uit.

Het ligt voor de hand dat deze ambivalente instelling bij de huisarts ook de ouders kan beïnvloeden wanneer deze op zijn advies zich tot het M.O.B. wenden. Elk M.O.B. kent voorbeelden van ouders die met veel te hoge verwachtingen tegenover het M.O.B. staan, waardoor niet alleen de hulpverlening wordt bemoeilijkt maar ook het vertrouwen in de huisarts kan worden verkleind indien het M.O.B. te kort schiet ten aanzien van hun verwachtingen. Deze hoge verwachtingen van huisarts en ouders worden vaak nog gevoed door de misvatting dat hulp aan een kind dat in psychische nood verkeert, meer mogelijkheden en minder moeilijkheden biedt dan de psychotherapie bij volwassenen. Het is ze-

ker waar dat in vele gevallen tijdige hulpverlening zwaardere ontwikkelingsstoornissen kan voorkomen, doch dit mag nog geen reden zijn tot lichtvaardig optimisme.

* * *

Therapie van het jonge kind is geen eenvoudige zaak, voor een deel omdat het kind speciale eisen stelt aan de psycho-therapeutische techniek en voor een ander deel omdat het kind vrijwel nooit geïsoleerd kan worden behandeld. Milieu-behandeling is bijna altijd nodig, in het bijzonder bij het jonge kind. Bovendien ligt de behandelingsbehoefte niet bij het kind, de drijfveer ligt bij het milieu dat soms op deze wijze een stoornis in het gezin wil afwentelen op „het moeilijke kind”. Men ziet dan het mechanisme van de verschuiving naar de „zondebok” optreden, waarbij de werkelijke moeilijkheden in het milieu worden afgewenteld op een van de gezinsleden, vaak een kwetsbaar gezinslid, meestal een der kinderen. Deze verstrengeling van drijfveren maakt het psychotherapeutische handelen zeker niet eenvoudiger dan bij de psychotherapie van de volwassene.

Daarentegen doet de pessimistische verwachting betreffende de psychiatrie vele opvoeders en ook huisartsen dikwijls te lang aarzelen om hulp voor ontwikkelingsmoeilijkheden in te roepen. Men beroept zich dan op de mogelijkheid dat de gesignaleerde moeilijkheden bij het kind, dat in zijn groei nog zoveel dynamische mogelijkheden heeft, nog wel zullen „vergroeien”. Merkwaardigerwijze wordt bij dit vergroeien altijd aan een gunstige ontwikkeling gedacht. Men loopt door deze instelling het gevaar, werkelijke stoornissen te veronachtzamen. Evenzeer ongewenst is de houding waarbij de aandacht wordt gericht op een enkel symptoom met het gevolg dat het kind van hulp blijft verstoken. Een veel voorkomend voorbeeld hiervan zien wij bij kinderen met verminderde leerprestaties aan wie wel bijles wordt geboden zonder dat is nagegaan of de verminderde prestaties samenhangen met een ontwikkelingsstoornis, maar geen persoonlijke hulp. In andere gevallen worden de moeilijkheden, die voor een buitenstaander duidelijk zijn, door de eigen ouders niet gezien. Het komt ook voor, dat de psychische oorzaken niet worden opgemerkt en dat de moeilijkheden aan een lichamelijke oorzaak worden toegeschreven. Dit kan dan ook tot een lange lijdensweg voeren, vooral wanneer de ouders vasthouden aan hun mening dat er een lichamelijke oorzaak moet worden gevonden. Soms moet dan de psychiater het laatste woord spreken, wanneer ondanks alle inspanning geen lichamelijke afwijking wordt gevonden.

Deze negatieve indicatie: een onderzoek door de psychiater omdat er geen somatische afwijkingen werden gevonden, is geen uitzondering. De ouders en soms ook de verwijzende medicus, wekken dan wel eens de indruk te zijn teleurgesteld; een teleurstelling die aansluit bij de veel gehoorde uitspraak

dat men liever met een lichamelijke afwijking heeft te maken dan met een psychische.

* * *

Ter vermindering van ieder misverstand mag hier wellicht ten overvloede worden vastgesteld, dat ook bij overwegend psychisch bepaalde moeilijkheden, het lichamelijke onderzoek bij het kind niet kan worden gemist: allerlei somatische afwijkingen kunnen mede aan de gedragsafwijking ten grondslag liggen; bijzondere aandacht verdienen in dit opzicht de niet herkende zintuigafwijkingen en lichte hersenbeschadigingen. Het zou niet juist zijn op grond van de aangevoerde voorbeelden, waarbij de ouders de lichamelijke kant overwaarden, te vervallen in een ander uiterste waarbij de psychogenese wordt overschat. Dit geldt in het bijzonder voor de ontwikkelingsstoornissen bij het kind; overwaarding van de somatische genese noch overwaarding van de neurosedagnostiek zijn hierbij op hun plaats. Ieder onderzoek bij een kind moet uitgaan van de meervoudige bepaaldheid van de ontwikkelingsstoornissen.

Als de huisarts de vertrouwde somatische toegangsweg inslaat en daarbij aanknoopt bij de lichamelijke klachten of daarbij uitgaat van de wenselijkheid eerst mogelijke somatische factoren uit te sluiten, dan kunnen toch ook weer andere moeilijkheden optreden. Wanneer geen lichamelijke afwijkingen worden gevonden dreigt het gevaar, dat de ouders de ernst van de klachten zullen ontkennen en aan „aanstellerij” denken; worden wel afwijkingen gevonden, dan bestaat het risico dat de psychische aspecten worden veronachtzaamd. Er zijn vele mogelijkheden tot misverstand: een ingewikkeld samenspel van verwachtingen bij ouders en andere opvoeders kan voor onaangename verrassingen zorgen. Een belangrijk aandeel in deze gang van zaken moet worden toegeschreven aan de traditionele scheiding tussen psyche en soma; hoewel de moderne inzichten de onjuistheid van deze dichotomie hebben aangetoond, blijkt deze een bijzonder hardnekkig leven te hebben, ondanks alle erbetoon aan de somatopsychische eenheid.

De geschetste moeilijkheden zijn niet voor alle opvoeders gelijk, ook al maken allen deel uit van dezelfde maatschappij en ook al toont deze maatschappij over het algemeen nog steeds moeite te hebben met begrippen als geestelijke gezondheid. Het blijkt namelijk dat de opvattingen en vooroordelen in belangrijke mate milieu-gebonden zijn. Zo is in bepaalde lagen van de bevolking de angst voor de psychiatrie nog groot. Bij een vorige gelegenheid (jaarverslag 1963) werd gewezen op het feit dat het M.O.B. voor bepaalde bevolkingsgroepen niet goed bereikbaar is. Uit de jaarcijfers kan men de indruk krijgen dat het bezit van een „probleemkind” aan een bepaalde rangstand is gebonden. Zo bleek bij een onderzoek naar de sociale achtergrond van het M.O.B.-kind, dat kinderen uit

de lagere bevolkingsgroep het minst profiteren van de hulpmogelijkheden. Slechts zelden komen de ouders uit deze groep uit eigen beweging. Het betreft dan meestal jonge kinderen met vrij ernstige gedragsmoeilijkheden; in een aantal gevallen drong zich de gedachte op dat de kinderen pas worden verwezen als de toestand onhoudbaar is geworden. Ook het grote aantal gevallen waarbij de ouders van verder onderzoek afzien wijst er op, dat in deze bevolkingsgroep een gebrekkige voorlichting of zelfs een volkomen onjuiste voorstelling van zaken de hulpverlening aan een grote groep kinderen in de weg staat.

* * *

Een goede samenwerking tussen huisarts en M.O.B. kan veel van deze moeilijkheden onderwerpen. Het M.O.B. zal zich hierbij hebben te bezinnen op een werkwijze die rekening houdt met de milieuverschillen. Vele ouders uit de lagere bevolkingsgroep voelen zich niet thuis in het milieu van het M.O.B.: er wordt als het ware een andere taal gesproken; de gebruikelijke vormen van behandeling stellen bovendien vaak hoge eisen aan het vermogen tot verbaliseren en abstraheren.

Bij een goede verwijstechniek zal met deze factoren rekening moeten worden gehouden. In het algemeen blijkt, dat vele verwijzingen onderweg blijven steken; in het algemeen ontbreken exacte cijfers hierover, maar wel staat op grond van enkele steekproeven vast, dat het verwijfsbaar maken van een gezin — want daarom gaat het in de hulpverlening aan het kind — bijzonder moeilijk is en dat in menig geval de ouders wel de verwijzende instantie verlaten maar niet aankomen op het M.O.B. Het zal daarbij van belang zijn of de ouders zelf het initiatief namen en daarmee als eersten het kind als een patiëntje bestempelden dat voor een of andere vorm van psychiatrische hulpverlening in aanmerking komt. De eerste fase van het onderzoek kan in dergelijke gevallen vlotter verlopen dan bij degenen die zich niet zelfstandig tot een M.O.B. wenden; toch zal men rekening moeten houden met het feit dat maar al te vaak een recept wordt verwacht na het onderzoek en een tastbaar resultaat op korte termijn. De uitvoerigheid van het teamonderzoek aan het M.O.B. kan dit verwachtingspatroon zelfs nog versterken.

De werkwijze van het M.O.B. waarbij de ouders moeten ontdekken dat zij een aandeel hebben in het ontstaan van de moeilijkheden en dat zij nu met steun van het bureau een bijdrage moeten leveren tot de genezing, is voor menige ouder onbekend. Ouders die een recept verwachten kunnen voortijdig het contact verbreken, soms overtuigd van de onmacht van het bureau, doch soms, hetgeen ongunstiger is, versterkt in de opvatting dat hun kind niet kan worden geholpen. Hier wrekt zich de gebrekkige communicatie van het M.O.B. met de gemeenschap en in het bijzonder met de huisarts. Het M.O.B. heeft over het algemeen te weinig aandacht

besteed aan goede voorlichting; men kan geen succesvolle verwijzingen verwachten wanneer de verwijzer geen duidelijke voorstelling heeft van de werkwijze en de grenzen van de mogelijkheden van degene naar wie hij verwijst. De eerlijkheid gebiedt vast te stellen dat dit gemis aan overleg niet alleen de huisarts kan worden verweten; menig M.O.B. heeft de reputatie, moeilijk bereikbaar te zijn, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de verwijzer.

* * *

Het zal na het voorgaande niet meer zo vanzelfsprekend zijn, dat de huisartsen toch nog altijd vrij veel kinderen verwijzen. In de laatste jaren heeft menig M.O.B. van zijn kant meer tijd en aandacht gegeven aan een goede communicatie met de huisarts. Gelijktijdig met een betere informatie over de gegevens uit het M.O.B.-onderzoek steeg het aantal verstrekte inlichtingen bij de verwijzing. Ook het telefonisch contact nam toe; verheugend is hierbij het toegenomen overleg van de kant van de huisarts bij voorgenomen verwijzingen en twijfelgevallen. De pogingen tot verbetering van de communicatie bleken tegemoet te komen aan een behoefte.

Teneinde hier nader over geïnformeerd te raken, werd in een aantal gesprekken met huisartsen nader ingegaan op de relatie huisarts-M.O.B. Hierbij bleek dat er vele wensen waren, die korthedshalve tot de volgende drie punten kunnen worden teruggebracht.

Als eerste punt kan worden genoemd de behoefte aan overleg en advies in moeilijke gevallen in de huisartspraktijk. Het betreft hier een betrekkelijk klein aantal kinderen dat voor verwijzing naar het M.O.B. in aanmerking komt. Veel prijs werd gesteld op een nauwe samenwerking met het M.O.B., bij voorkeur niet beperkt tot informatie in het belang van het onderzoek, maar ook in het belang van de daarop volgende hulpverlening of behandeling. Betreurd werd in dit verband de beperkte behandelingscapaciteit van het M.O.B.: het signaleren van probleemkinderen zonder mogelijkheid van hulpverlening is een *crux medicorum*.

Ten tweede zou de zorg voor het moeilijke kind ten zeerste gebaat zijn bij een nauwe samenwerking met het M.O.B. in de vorm van de mogelijkheid tot consultatief overleg zonder dat dit in ieder geval behoeft te voeren tot een verwijzing naar het bureau.

Ten derde bleek een grote behoefte te bestaan aan voorlichting en informatie. Hier werd het gemis in de eigen opleiding heel sterk gevoeld. Meermalen verneemt men de klacht dat de universiteit op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zo weinig had geboden, terwijl het weinig dat men kreeg aangeboden meer de psychiatrische kliniek dan de huisartspraktijk betrof.

In de gevoerde gesprekken kwam duidelijk naar voren dat de hedendaagse huisarts dan wel niet meer de positie inneemt van de vertrouwensman voor het gezin, zoals in Dickens' tijd, maar dat hij toch nog voor menig gezin een vanzelfsprekende en bereikbare raadgever blijkt te zijn. Het Nederlands Huisartsen Genootschap spreekt in dit verband van continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan de huisarts toevertrouwende gezinnen. Dit houdt in dat hij een unieke positie inneemt in de frontlinie van de gezondheidszorg. Op grond hiervan zal hij in staat zijn waarnemingen te verrichten, die wat betreft de geestelijke gezondheidszorg voor het kind van grote betekenis zijn. Men denke hierbij aan de mogelijkheid tot het signaleren van beginstadia van ontwikkelingsstoornissen waarmee in het bijzonder de preventie kan worden gediend.

* * *

De preventieve medische zorg wordt in de laatste tijd onderscheiden in primaire preventie, gericht op het voorkómen van het ontstaan van ziekten, en secundaire preventie, gericht op de beginstadia van ziekten. Onder tertiaire preventie wordt verstaan het beperken en voorkomen van restverschijnselen van doorgemaakte ziekten. Van kinderpsychiatrische zijde heeft vooral de primaire preventie in de laatste jaren meer aandacht gekregen; in 1962 werd het Internationaal Kinderpsychiatrisch Congres in Scheveningen aan dit onderwerp gewijd.

Volgens de genoemde indeling heeft het M.O.B. zich tot dusver in hoofdzaak bepaald tot de secundaire preventie: het onderzoek en de behandeling werden bij voorkeur verricht in de beginstadia van de aanpassings- en ontwikkelingsstoornissen. Een vroegtijdige opsporing en snelle verwijzing in deze beginstadia behoort zeker tot de mogelijkheden van de huisarts. De primaire preventie is tot nog toe niet voldoende aan bod gekomen; ook hier verkeert de huisarts in een bijzonder gunstige positie mits hij zijn aandacht anders richt en niet langer beperkt tot de individuele patiënt en zijn omgeving, maar uitbreidt tot de potentiële patiënt; voor wat het kind betreft zou dit betekenen aandacht en zorg voor het kind dat nog gezond is, maar dat gevaar loopt ziek te worden.

Een mogelijk aangrijpingspunt wordt hierbij geboden door de crisistheorie. De ontwikkeling van het kind kan worden gezien als een gecompliceerd proces, dat in verschillende stadia verloopt waarin zich kritieke situaties kunnen voordoen. Deze situaties kunnen voortkomen uit de ontwikkelingsgang, maar ook worden veroorzaakt door invloeden van buiten. De evenwichtsverstoringen die hierbij kunnen optreden, kunnen leiden tot ontwikkelings- en aanpassingsstoornissen; een deel zal „vanzelf” herstellen. Volgens de crisistheorie (E. Lindemann en G. Caplan) moet van een crisis worden gesproken wanneer het herstelvermogen van het individu niet

blijkt opgewassen tegen de evenwichtsverstoring. Tijdige hulpverlening is hierbij een eerste vereiste: vaak kan dan worden volstaan met een kleine impuls in de goede richting. Lange wachttijden bergen het gevaar in zich dat de moeilijkheden worden gefixeerd.

* * *

Er zijn verschillende situaties in de ontwikkeling van het kind die in dit verband extra zorg vereisen. De puberteit is hiervan een overduidelijk voorbeeld, niet in het minst door de publiciteit welke de gedragsmoeilijkheden in deze fase telkens weer krijgen. Minder spectaculair is de overgang van de kleuterschool naar de lagere school, waarbij het jonge kind soms abrupt uit de verzorgings sfeer in de prestatiesfeer terecht komt. Ziekte of overlijden van een gezinslid en andere ingrijpende wijzigingen in de milieusituatie van het kind kunnen evenwichtsverstoringen ten gevolge hebben, die tot een crisis kunnen voeren, welke de gezonde ontwikkeling van het kind in gevaar brengt. Ook ziekenhuisopname en lichamelijke ingrepen zijn bekend om hun traumatische invloed.

Nu behoeft een crisissituatie niet altijd te leiden tot een mislukking, het is evenzeer mogelijk dat de crisis tot een gezonde oplossing kan voeren. Bij crisissituaties dient te worden gezorgd voor een snelle hulpverlening, die enerzijds gericht is op de verhoging van het weerstandsvermogen van het individu, anderzijds gericht is op het verminderen van schadelijke invloeden. Het feit dat de huisarts uit hoofde van zijn functie dikwijls ooggetuige zal zijn van genoemde crisissituaties, stelt hem in de gelegenheid een belangrijke bijdrage te leveren tot de primaire preventie. Het betreft hier een vrijwel onontgonnen gebied, dat zeker mogelijkheden biedt voor een gezamenlijke aanpak van huisarts en M.O.B. .

* * *

Tot nu toe is in dit artikel de aandacht in het bijzonder gericht geweest op de bevordering van de relatie huisarts-M.O.B.; hierbij werden verschillende leemten en tekorten gesignaleerd. Men moet zich daarbij hoeden voor het gevaar dat de aandacht meer op de belangen van de organisatie en minder op de belangen van het kind wordt gericht. Men heeft in dit verband te maken met de controverse tussen twee zienswijzen: „organisation-centered” en „patient-centered”. Bij verschillende instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg verdient dit probleem alle aandacht. Het gevaar is groot, dat men van de instelling uit denkt en handelt en zich daarmee zo zeer identificeert dat de belangen van de patiënt op de tweede plaats komen. Ook de zelfstandig gevestigde medicus ontkomt niet altijd aan deze problematiek. Wanneer men nu tracht de geestelijke gezondheidszorg voor het kind centraal te stellen en daarbij de belangen van de bestaande voorzieningen op het tweede plan stelt, dan krijgt de samenwerking tussen huisarts

en M.O.B. een ander perspectief. De traditionele relatie tussen beiden zal daarbij in menig opzicht moeten worden gewijzigd in overeenstemming met de in het voorgaande vermelde nieuwe inzichten, vooral indien men aan de primaire preventie de voorrang wil geven.

Wanneer het gaat om het onderzoek en de behandeling van patiënten, dan bevindt men zich op medisch terrein. Zodra het evenwel gaat om preventieve zorg dan komt men op een gebied waar ook vele niet-medische deskundigen werkzaam zijn. Dit geldt in het bijzonder voor de primaire preventie: de medicus die op dit terrein een bijdrage wil leveren ziet zich gesteld voor de noodzaak nauw samen te werken met andere disciplines. Dit vereist in vele gevallen een doorbreking van het medisch-curatieve isolement.

Ook de werkers aan het M.O.B. zullen hun instelling ingrijpend moeten wijzigen. Het M.O.B. in het bijzonder heeft zich tot nog toe in hoofdzaak bepaald tot een curatieve functie, hoewel de bureaus in eerste aanleg een preventieve taak hadden. Wanneer men de publikaties uit de beginperiode er op na leest, dan blijkt dat men aanvankelijk hoopte, de bestrijding van misdadig gedrag het beste te kunnen dienen door middel van een ingreep op jeugdige leeftijd. Onder invloed van de psycho-analytische inzichten komt hierin een principiële verandering. De beïnvloeding van het gedrag volgens de behavioristische benadering evolueert tot de psychotherapie van het kind gecombineerd met social casework met de ouders.

Het gevolg was dat het M.O.B. zijn unieke mogelijkheden, eigen aan de werkwijze in teamverband, beperkte tot het onderzoek en de behandeling van een klein aantal kinderen, dat in verhouding tot het totale aantal bedreigde gevallen van geringe betekenis moet worden geacht. Dit oneconomische gebruik van de beschikbare mogelijkheden, waarbij wel de kinderen, maar niet de ziekmakende factoren in het milieu, in het centrum van de belangstelling stonden, werd nog zwaarder gevoeld toen bleek dat de resultaten in verhouding tot de inspanning en de kosten niet aan de verwachtingen bleken te beantwoorden. Er bestaat dan ook behoefte aan een instelling die zich tot taak stelt, naast curatieve zorg vooral non-curatieve activiteiten ten bate van de primaire preventie te ontplooien. De ervaring, opgedaan bij de ontwikkeling en toepassing van de diagnostiek en van de therapeutische methodieken, kan worden benut voor een grotere groep bedreigde en vastgelopen kinderen, indien het M.O.B. zijn kennis en ervaring ook zou inzetten op het gebied van de primaire preventie. Daarnaast zal behoefte blijven bestaan aan een beperkt aantal gespecialiseerde bureaus voor intensieve psychotherapie van het kind.

* * *

De tot nu toe door het M.O.B. geboden hulp bleek slechts in geringe mate bij te dragen tot een

vermindering van de noden op het gebied van de geestelijke gezondheid. Men heeft gestreefd naar vroegtijdig opsporen van de ziekte in de verwachting dat een behandeling in het beginstadium gemakkelijker zou zijn en tot sneller resultaat zou voeren. Men hoopte op behandeling van zogenaamde lichte gevallen en men ontdekte dat er vrijwel geen lichte gevallen bestaan. De teleurstelling in de mogelijkheden van het M.O.B. nam nog toe onder de druk van lange wachtlijsten, onvoldoende geschoold kader, geldelijke zorgen en onvoldoende communicatie. Deze ontwikkeling leidde tot een isolement van het M.O.B.: doorbreking van het aldus gegroeide isolement, waarbij de aandacht weer meer op de maatschappij wordt gericht, zal niet gemakkelijk vallen. Het verlaten van de vertrouwde wijze van werken maakt kwetsbaar en onzeker, het kan geruime tijd duren alvorens nieuwe zekerheden zijn gewonnen. Maar daar staan winstpunten tegenover zoals het feit dat hier zeker mogelijkheden liggen voor een constructieve samenwerking met de huisarts in zijn functie als vooruitgeschoven post van de gezondheidszorg. Op deze wijze zou de huisarts met meer inzicht in de ontwikkelingsvoorwaarden van het kind, in staat zijn te signaleren wanneer iets in deze ontwikkeling scheef dreigt te gaan om dan, met consultatieve steun van een M.O.B., zelf te corrigeren of zo nodig te verwijzen.

Ook de curatieve zorg zal moeten worden bevorderd. Zoals uit het begin van dit artikel is gebleken, heeft de huisarts tot nu toe geen aandeel in de behandeling van de probleemkinderen. Enkele pogingen om in bepaalde gevallen de huisarts wel te betrekken in de therapeutische beïnvloeding van het kind en zijn milieu, hebben niet alleen tot een beter begrip geleid tussen huisarts en M.O.B., maar ook tot nieuwe mogelijkheden van M.O.B.-behandeling. Zo zal ook de hulpverlening door de huisarts in crisissituaties een verrijking betekenen van zijn therapeutisch arsenaal. Aangezien snelle hulpverlening bij crises een eerste vereiste is, zal moeten worden gezocht naar een communicatiesysteem tussen huisarts en M.O.B. waarbij het tijdverlies zo veel mogelijk wordt beperkt.

Tenslotte nog een enkele opmerking over de mental health education, een terrein waarop de huis-

arts en het M.O.B. beiden een grotere bijdrage zouden kunnen leveren dan tot nu toe wordt gerealiseerd. Ondanks alle informatie via de massa-media kan nog steeds worden gesproken van een gebrekkelijke voorlichting op het gebied van de ontwikkeling van het kind en de daarmee samenhangende opvoedingsvragen. Oudervoorlichting blijft nog te zeer beperkt tot lokale initiatieven en komt in vele gevallen te laat. Systematische voorlichting aan toekomstige ouders behoort niet tot het vanzelfsprekende onderwijsprogramma van de verschillende scholen. Ook hier kan de huisarts een unieke bijdrage leveren wanneer hij, puttend uit zijn dagelijkse waarnemingen, de mental-health-deskundige informatie biedt over aangetroffen misverstand en onkunde.

Een hulpverlening welke zich ten doel stelt de gemeenschap als geheel te dienen moet bereikbaar zijn voor deze gemeenschap. Wanneer huisarts en M.O.B. beiden als schakels in de geestelijke gezondheidszorg fungeren, kan deze bereikbaarheid op eenvoudige wijze worden gerealiseerd via de voor iedereen bekende weg naar de huisarts. Er is veel voor te zeggen, eerst deze samenwerking in teamverband tussen huisarts en M.O.B. een kans te bieden alvorens naar nieuwe organisatievormen te zoeken. Ondanks de uitholling van zijn functie, waarover men zich de laatste tijd terecht zorgen maakt, heeft de huisarts als centrale figuur in de gezondheidszorg ook op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg nog vele mogelijkheden. Wellicht kan een welomschreven functie op dit gebied de positie van de huisarts versterken in het belang van de gehele gezondheidszorg.

Het M.O.B. heeft in zijn huidige werkwijze vele onbenutte mogelijkheden, welke in de geschetste samenwerking tot hun recht kunnen komen. Het kind, en daar gaat het tenslotte om, profiteert in onze samenleving onvoldoende van de mogelijkheden die techniek en wetenschap hebben te bieden, tenminste zolang het nog gezond is, want voor het zieke kind brengt de mens vaak meer op dan voor het gezonde kind.

Een uitgebreide literatuurlijst wordt op verzoek door het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (Jozef Israëlsaan 56, Den Haag) aan belangstellenden gaarne toegestuurd.