

Gezinsgeneeskundige colloquia (I)*

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS TE NIJMEGEN

INLEIDING

In 1957 werd door de Medische Faculteit Nijmegen een verplicht co-assistentenschap in de sociale geneeskunde ingesteld. Thans zijn alle studenten verplicht een stage van minstens vier weken in een huisartspraktijk door te brengen. Dit co-assistentenschap bij de huisarts heeft geleidelijk een geheel eigen plaats onder de co-assistentenschappen voor het artsexamen verworven. Gedurende deze periode wonen zij de multidisciplinaire casusbesprekingen bij, die wekelijks in het Huisartsen Instituut plaatsvinden. Iedere co-assistent dient minstens één casus vanuit gezinsgeneeskundig perspectief en integraal benaderd in de vorm van een „gezinsgeneeskundige status” tijdens dit colloquium te presenteren.

In een serie „Gezinsgeneeskundige Colloquia” zullen enkele casus, zoals deze op het colloquium ter sprake zijn gekomen, worden beschreven.

EEN PATIËNTE MET HOOFDPIJN EN DUIZELIGHEID

INTRODUCTIE DOOR DE CO-ASSISTENT

Patiënte is 25 jaar, is gehuwd met een zelfstandig ondernemer en heeft twee kinderen, een meisje van vier en een jongetje van twee jaar. Zij doet zowel voor zichzelf als voor haar kinderen herhaaldelijk beroep op de huisarts. In de regel zijn de klachten vaag en moeilijk te definiëren: hoofdpijn, moeheid, duizeligheid, misselijkheid en hartkloppingen. Zij is thans ongeveer negen weken zwanger. De eerste twee graviditeiten zijn geheel normaal verlopen; beide partus geschieden vlot en zonder complicaties. Een derde zwangerschap eindigde het vorig jaar na twaalf weken in een miskraam,

waarvoor geen oorzaak werd gevonden. Zowel het onderzoek van de huisarts als dat van een gynaecoloog bracht geen afwijkingen aan het licht. Anamnesticus zijn er geen bijzonderheden.

Zij kwam met klachten over hoofdpijn op het spreekuur. Een tussentijdse controle van de graviditeit leverde normale bevindingen op. Bij lichamelijk onderzoek alsmede enkele laboratoriumonderzoekingen werden geen organische afwijkingen gevonden. Zij had haar twee-jarig zoonje meegebracht, omdat het kind „nog steeds zo verschrikkelijk spuwde”; hiervoor had zij haar huisarts al vaker geraadpleegd. Hij groeide echter normaal en de huisarts kon — blijkens de gegevens op de kaart — nimmer iets afwijkends vaststellen. Wel had de jongen nogal last van constitutioneel eczeem, waarvoor hij, toen er een uitgebreide impetiginisatie optrad, tweemaal in het ziekenhuis werd opgenomen; hier vond men geen medische verklaring voor zijn frequente puuwen.

REDEN WAAROM DE CASUS WORDT INGEBRACHT

Er bestond een duidelijke discrepantie tussen patiënte's klachten of misschien liever haar „klagen” enerzijds en de bevindingen van de huisarts anderzijds. Daarbij scheen zij zich veel zorgen over haar zoonje te maken, dat bovendien zeer driftig en onhandelbaar was. Een rustig gesprek met haar en eventueel samen met haar man was onzes inziens op zijn plaats, teneinde meer inzicht in haar problemen te krijgen. Zij stemde toe in een gesprek met mij, dat ik in het kort zal weergeven.

HET EERSTE GESPREK MET PATIËNTE

In dit gesprek benadrukte zij de narigheid welke zij als gevolg van de woonsituatie ondervond. De buurt

beviel haar niet zo goed; vroeger had zij contacten met vele mensen. Sinds haar huwelijk in de huidige woonplaats, gevoelde zij zich echter eenzaam en verlaten.

Het gezin bewoont een flat in een buurt met veel oudere mensen en er is weinig contact met buurtgenoten. Haar moeder, met wie zij goede betrekkingen onderhoudt, woont in dezelfde plaats. De pleegouders van haar man wonen hier eveneens; haar relatie met hen is niet zo goed. De huidige zwangerschap aanvaardt zij volledig; zij wil graag meer kinderen, maar zij weet niet of haar man er wel zo blij mee is.

GESPREKKEN MET HET ECHTPAAR

In een gesprek met de beide echtelieden werd mij duidelijk dat gezin en familie een rol speelden bij het klagen van patiënte. In het begin verliep het gesprek enigszins stroef, maar later werd het meer emotioneel. De man leek zijn vrouw de miskraam te verwijten. Er zou destijds een ernstige echtelijke twist hebben plaatsgevonden, waarna zij op een avond 30 tabletten Aspirine had ingenomen. De man benadrukte het belang van de spoedige verhuizing naar een andere woning, dan „zou alles wel beter gaan”. Overigens was het voor hem „toch maar vervelend dat zijn vrouw altijd wat heeft als hij thuis komt”. „Ik kan er niet tegen dat mijn vrouw overspannen is”. Op mijn vraag of zij na de abortus een of andere anticonceptie-methode toepaste, antwoordde zij, dat zij de pil een tijdje had gebruikt, maar dat zij deze tenslotte niet regelmatig had ingenomen. Zij was nu zwanger en vond dat wel fijn. Haar man zei het „best te vinden”; financieel waren er geen bezwaren. Hij onderstreepte het belang van gezelligheid in huis. Zelf vond hij het in deze woning nog wel prettig. Als zijn vrouw overdag tekort kwam, „moest zij maar een huis-

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; Directeur: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

viend nemen". Door zijn drukke werkzaamheden was hij veel weg en ook in zijn vrije tijd was hij druk bezet met allerlei verenigings-activiteiten.

Een volgend gesprek met het echtpaar ging over de problemen met het lastige jongste kind. De pleegmoeder van haar man bemoeide zich — tot haar grote ergernis, naar het mij toescheen — nogal intensief met het jonge gezin.

Tijdens dit gesprek werd mij nog duidelijker dat man en vrouw het niet eens waren over het gewenste aantal kinderen.

RANGSCHIKKING VAN DE GEGEVENS

Patiënte imponeerde mij als een wat naïeve huisvrouw met problemen rond haar zwangerschap, de opvoeding vooral van haar jongste kind en haar sociale isolatie, ten gevolge van de onbevredigende woonsituatie. De huidige flat biedt te weinig ruimte voor de kinderen. Zowel zij als haar man zien verhuizing naar een eengezinswoning als remedie voor de vele spanningen.

VOORLOPIGE PROBLEEMSTELLING

Patiënte staat alleen voor de huishouding en de opvoeding van de kinderen. Haar man is egocentrisch en toont weinig begrip voor haar situatie. Zij zoekt compensatie in haar kinderwens, waarin haar man haar maar ten dele kan volgen. De bron voor de spanningen in dit gezin ligt mijns inziens in een elkaar niet verstaan van de beide echtelieden.

BENADERING VAN HET PROBLEEM

Een verbetering lijkt mij vooral door verandering van de woonsituatie te bereiken. De beide persoonlijkheidsstructuren en de situatie waarin deze mensen leven, bieden mijns inziens weinig perspectief, indien men via een beter inzicht tot verandering zou willen komen. In

overleg met de maatschappelijk werker van de gemeentelijke sociale dienst hebben wij voor dit gezin een andere woning proberen te krijgen. Ik heb contact met de wijkverpleegster opgenomen, omdat deze mijns inziens in een dergelijke situatie een taak heeft bij de begeleiding en de opvoeding van de kinderen. De woningtoewijzing verliep niet zo vlot, maar wel kwam de toezegging, dat binnen afzienbare tijd een oplossing zou worden gevonden. Tot mijn verwondering — en misschien een beetje tot mijn ergernis — was zij bij dit bericht niet zo enthousiast als ik had verwacht.

PROGNOSE

De prognose zal gunstig kunnen worden beïnvloed door verbetering van de woonsituatie. De wijkverpleegster zal haar bij de opvang en begeleiding van het jongste kind kunnen helpen. De relatie tussen man en vrouw is zodanig, dat bij spanningverhogende gebeurtenissen gemakkelijk opnieuw decompensatie kan optreden. Haar kinderwens verhult mogelijk dieperliggende problematiek, terwijl uitbreiding van het aantal kinderen toch niet gunstig zal zijn. Maatschappelijk werk kan door hulp te verlenen bij het zoeken naar een betere woning, de prognose verbeteren. Verwijzing naar een psychotherapeut lijkt mij niet actueel.

VERSLAG VAN DE BESPREKING*

Socioloog: Op grond van uw probleemstelling ontgaat mij toch de relevantie van uw benadering. De woonsituatie — inderdaad welhaast een „klassieke" factor — speelt bij deze vrouw mijns inziens toch niet de grootste rol.

* De co-assistent die de casus presenteert, wordt aangeduid met co-assistent I. Op het wekelijkse colloquium is zo mogelijk de eigen huisarts aanwezig, voorts enkele andere huisartsen, een psycholoog, een socioloog, een maatschappelijk werker en een aantal co-assistenten.

Co-assistent I: Het is tevens een woonprobleem. De vrouw en trouwens ook haar man ervaren deze onbevredigende woonsituatie als het eerste waaraan iets moet gebeuren.

Huisarts I: Dat is te zeggen, ik maak uit uw verhaal op dat het woonprobleem meespeelt; overigens geldt dit nog meer voor de vrouw dan voor de man, hetgeen trouwens is te verwachten. Naar ik heb begrepen, is de man erg uithuizig.

Co-assistent I: De man bracht bij herhaling de woonsituatie als belangrijkste probleem naar voren. Als zijn vrouw zich maar gelukkiger voelt — en dat is ook volgens hem in een andere, liefst eengezinswoning — dan zal alles wel beter gaan.

Huisarts II: De man zegt dit wel en hij zal het ook wel menen. Ik krijg echter de indruk dat hierdoor meer existentiële problematiek op de achtergrond wordt gedrongen. Het is begrijpelijk dat beiden de woonsituatie, die inderdaad niet voldoet, dankbaar aangrijpen om uit de impasse te komen.

Co-assistent I: U bedoelt dat zij in feite veel bedreigender zaken niet onder ogen durven zien?

Huisarts II: Niet „durven zien" is misschien niet het goede woord, maar zoiets lijkt mij wel het geval. Zij zijn zich mogelijk niet eens bewust dat dieperliggende problemen hier de belangrijkste rol spelen. In elk geval zou ik niet te gauw te vergaande conclusies trekken uit het klaarblijkelijke feit dat de woonsituatie niet bevredigend is.

Huisarts I: De man en ook zijn vrouw benadrukken de kwestie van het wonen. Uit het verslag (en de toelichtingen hierbij door de semiarts) komt een zekere emotionaliteit naar voren, die tijdens de gesprekken met het echtpaar aan een relatiestoornis doet denken. Trouwens enkele opgetekende uitspraken van de man liegen er mijns inziens niet om.

Co-assistent I: Naar ik meen, heb ik het problematische in de relatie tussen de echtelieden wel onderkend. Het probleem van de woning drong zich echter als het meest urgente op;

het is trouwens iets waar je concreet iets aan kunt doen.

Psycholoog: Indien de woonsituatie een concreet en voor de hand liggend aspect van de totale problematiek is — en daar lijkt het hier inderdaad op — dan is dat zeker een geschikte ingang voor daadwerkelijke hulpverlening. Aan het einde van uw verslag merkte u echter op dat u zich erover verwonderde dat de vrouw, toen een oplossing voor die woonsituatie in zicht kwam, niet zo enthousiast reageerde als u verwachtte. Hoe verklaart u dat?

Co-assistent I: Dat is een vraag, waar ik niet direct raad mee weet; het was inderdaad vreemd.

Huisarts II: Er is hier nogal geschoven met de verschillende hulpverleners en bovendien op een wijze die mijns inziens niet bij uw eigen probleemstelling aansluit. Daarbij komt toch immers duidelijk het relationele aspect naar voren? Ik begrijp niet goed waarom op dat moment en op die wijze wijkverpleegster en maatschappelijk werker werden ingeschakeld.

Co-assistent I: De maatschappelijk werker van de Sociale Dienst van de gemeente kon ons helpen verandering in de woonsituatie te verkrijgen.

Maatschappelijk werker: De maatschappelijk werker kan wel bemiddelen maar in deze casus lijkt de relatiestoornis toch het belangrijkste punt.

Co-assistent I: Huwelijksproblematiek speelt hier mijns inziens nog niet; ik kon althans bij het echtpaar daaromtrent geen bevestiging vinden.

Co-assistent II: Dat zegt niets. Misschien willen deze mensen het ideaalbeeld van hun huwelijk wel ophouden. Zij weren dit als het ware af door andere, misschien belangrijke, maar bijkomende problemen op de voorgrond te plaatsen.

Huisarts II: Afgezien van het feit dat ik sterk betwijfel of huwelijksproblematiek hier een minder belangrijke rol speelt, blijft voor mij onduidelijk welke taken de wijkverpleegster hier heeft.

Co-assistent I: Zij zou de moeder

bij de problemen vooral met het jongste kind kunnen begeleiden.

Co-assistent III: Dat zie ik niet. Kwam die wijkverpleegster al in dat gezin?

Co-assistent I: Neen, maar ik meende haar hiertoe te moeten introduceren en de moeder stemde ermee in.

Huisarts I: Ik acht de doelstelling van deze inschakeling van de wijkverpleegster ook zeer vaag. Ik vrees dat hier toch te snel en op onvoldoende gronden teveel hulpverleners op het gezin werden afgestuurd. Is dit niet een beetje „multidisciplinaire” aanpak in de verkeerde betekenis van het woord? Het gaat om een integrale benadering, waarbij de eigenlijke problemen moeten worden opgespoord en behandeld, niet om het multidisciplinaire op zich.

Maatschappelijk werker: Dit is zeer wel mogelijk, maar onbekendheid met elkaars deskundigheden en mogelijkheden speelt hier waarschijnlijk ook een rol.

Co-assistent I: Dat wil ik graag toegeven. Ik heb mij slechts een summier beeld van de taken en functies van allerlei hulpverleners kunnen vormen.

Huisarts: Wij mogen op grond van de gegevens die ons thans ter beschikking staan, wel vaststellen dat er bij dit echtpaar van een min of meer ernstige relatiestoornis sprake is. Wij dienen eerst meer duidelijkheid hieromtrent te verkrijgen. De woonsituatie vormt een onderdeel van een complexe problematiek.

Maatschappelijk werker: Het tweede kind heeft allerlei klachten en gedraagt zich moeilijk; ik meen te hebben begrepen dat er medisch toch niet veel aan de hand is. Het gedrag van het zoontje is waarschijnlijk ook slechts een symptoom van gezinsproblematiek.

Co-assistent I: Dat lijkt mij alleszins aannemelijk. Aan de andere kant lijkt het mij moeilijk deze mensen via zelfkennis tot verandering te brengen.

Huisarts II: Zelfkennis? U kunt misschien man en vrouw niet veranderen, maar de communicatie tussen hen beiden is het grootste

probleem; daaraan lijkt mij toch wel iets te doen.

Co-assistent I: Het is toch bezwaarlijk als co-assistent diep te graven; je bent slechts enkele weken in de praktijk.

Huisarts II: Uiteraard is het voor een co-assistent dikwijls niet mogelijk of zelfs niet gewenst dieper op gesignaleerde problemen in te gaan. Anderzijds moet men zich dan niet tot adviezen of verwijzingen laten verleiden, kortom tot een „therapeutische” benadering die op kortsluiting lijkt. Het probleem is immers dan nog niet duidelijk. De diagnose is niet compleet.

Co-assistent I: Je wilt toch wat doen; de woonsituatie was een concrete mogelijkheid.

Psycholoog: Dat begrijp ik wel; wij willen allemaal altijd „iets doen” en misschien geldt dat in het bijzonder voor artsen. Maar daar gaat het nu juist om; je bereikt dan dikwijls slechts een schijnoplossing.

Co-assistent IV: Wat stelt u dan voor in dit geval? Je kan patiënte toch niet „afwachting” in de kou laten staan?

Huisarts I: Geen advies geven, nog niet direct iets „doen”, betekent niet dat je de patiënt in de kou laat staan. In situaties als deze is het echter belangrijk dat de mensen ertoe komen „zelf iets te doen”. Door de gebrekkige of gestoorde communicatie zijn zij echter niet in staat dit proces op gang te brengen.

Maatschappelijk werker: Die „relatie” is hier dus belangrijk, daar zijn wij het over eens, maar er is nog niets aan „gedaan”. Het lijkt er toch echt op, dat benadering van de relatiestoornis de enige causale aanpak is. Het is overigens de vraag of wij dit van de huisarts mogen vergen.

Co-assistent II: Kan de huisarts dat wel, al zou hij het willen? Het lijkt mij verstandig dat hij dat aan anderen overlaat. Ik moet toegeven dat ik het wel een beetje merkwaardig vind dat die maatschappelijk werker hierop niet is ingegaan.

Co-assistent I: Misschien achtte hij dat niet opportuun. Wij kwamen immers met een concrete vraag-

stelling ten aanzien van die woningkwestie. Achteraf denk ik ook dat wij te zeer op een gedeelte van het probleem zijn ingegaan.

Psycholoog: Ik wil nog iets opmerken over de uitdrukking „diep graven” die hier werd gebezigd. Dat „diep graven” wordt meestal in analytische zin opgevat, men komt in de psychologie hiervan meer en meer terug. Het blijkt zeer goed mogelijk met een beperkte doelstelling te werken, waarbij men bepaalde gedragingen poogt te veranderen. Het is, zo u wilt, een meer symptomatische benadering met betrekking tot de individuele persoonlijkheid van de patiënt. Indien de communicatie verbetert, het samen-zijn leefbaar wordt, is het evenwel minder „symptomatisch”.

Huisarts II: Een ander leerpunt is de betekenis van het letterlijk gesproken woord, de letterlijke informatie. De vrouw zegt dat er in het huwelijk geen problemen zijn. Er zijn echter voldoende aanknopingspunten hieraan op zijn minst te twifelen; of men (als co-assistent) dan verder moet „graven” is een andere zaak. Dikwijls zou ik zeggen: „neen, dat moet niet”.

Co-assistent V: Zou in dit geval verwijzing van het echtpaar naar een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden niet de aangewezen weg zijn?

Huisarts II: Daaraan heeft men misschien nog niet gedacht; overigens lijkt het nog wat te vroeg om te verwijzen. Het echtpaar zal daartoe gemotiveerd moeten zijn. In deze discussie zijn wij nu wel zo ver, maar zij zijn daar nog niet aan toe.

Maatschappelijk werker: Het is jammer dat het probleem „woning” niet als aanzet is gebruikt om tot een dergelijke benadering te komen. Verwijzing zou weer andere hulpverleners bij deze casus betrekken, hetgeen wel multidisciplinair, maar verre van integraal is, laat staan adequaat.

Huisarts I: Naar mijn mening moet de huisarts deze mensen in de eerste plaats proberen te helpen zicht op hun werkelijke problemen te krijgen. Hij kan hen, misschien beter dan wie ook, helpen gemotiveerd te raken er

zelf iets aan te doen. Blijkt de beleving sterk gestoord dan zal hij de verdere begeleiding moeten overlaten aan bijvoorbeeld een gezinstherapeut. Dit heeft echter geen zin voordat het echtpaar zelf hiertoe de behoefte gevoelt.

Co-assistent V: Moeten wij nu concluderen dat wij niet te optimistisch kunnen zijn over het nuttig effect van alle bemoeienissen?

Huisarts II: Ik meen inderdaad dat er nog geen plaats is voor een prognostische uitspraak, daar het kernprobleem onverminderd voortbestaat. Wat denkt u (tot de co-assistent I) er zelf van? U heeft de mensen ontmoet en gesproken.

Co-assistent I: Ik vrees dat ik inderdaad te vlug naar een „oplossing” heb gestreefd. Bij nader inzien lijkt mij mijn probleemstelling nog niet zo gek; de verdere aanpak echter sluit inderdaad niet aan. Misschien verklaart dit de voor mij zo vreemde reactie van de vrouw, toen ik haar vertelde dat binnen afzienbare tijd een andere woning aan het gezin zou worden toegewezen.

Huisarts II; (De bespreking van deze casus samenvattend) In dit geval heeft de semi-arts de onderliggende problematiek eigenlijk wel onderkend. Hij heeft echter niet de juiste consequenties hieruit getrokken. Hij heeft zich enerzijds terecht niet op het somatische spoor laten zetten, maar zich anderzijds om de tuin laten leiden; hij heeft te snel een probleem willen oplossen. Op zich is daartegen geen enkel bezwaar, maar het maakte geen deel uit van een integrale benadering. Hij liet als het ware een kans voorbijgaan. Het risico dat het misgaat blijft groot. Na dit alles zal het alleen onnodig moeilijker zijn vat op de werkelijke problematiek te krijgen. Maar gelukkig heeft de huisarts dikwijls frequente contacten met zijn patiënten. De schade zal dus erg meevallen, omdat door de vertrouwensrelatie met de huisarts de mogelijkheid blijft de problemen van deze mensen — en met name die van de vrouw — op adequate wijze te benaderen.

BESCHOUWING VAN REFERENT

De co-assistent komt bij de presentatie van deze casus tot een alleszins aanvaardbare probleemstelling, „voorlopige diagnose”. Hij zegt letterlijk: „de bron voor de spanningen in dit gezin ligt in een elkaar niet verstaan van de beide echtelieden”. Indien de voorbesprekingen met onze co-assistenten er al toe leiden dat zij bij hun casusbeschrijving tot een „probleemstelling” proberen te komen en er dikwijls ook in slagen dan is het toch merkwaardig dat het nogal eens voorkomt dat zij niet de consequenties hieruit trekken.

Deze casus demonstreert ook hoe enkele duidelijke „sleutels” tot een verdere adequate benadering niet worden opgeraapt. Enerzijds blijft de co-assistent vasthouden aan het probleem van de woonsituatie, ook nog tijdens de discussie, terwijl anderzijds reeds het inzicht groeit dat — hoe belangrijk misschien ook — de woonsituatie slechts een gedeelte van het probleem is.

In gezinstherapeutische zin, zijn er in het gesprek van de student met de vrouw en zeker in het gesprek met het echtpaar enkele momenten aan te wijzen, waarop er een kans was op de meer fundamentele problemen in te gaan en de communicatie tussen de beide echtelieden op gang te brengen. Bijvoorbeeld bij de opmerking van de man: „als mijn vrouw overdag tekort komt, moet zij maar een huisvriend nemen”! Dit wordt tijdens de discussie op het colloquium door huisarts I wel opgemerkt, maar het duurt enige tijd alvorens het woonprobleem minder centraal wordt gesteld en de man-vrouw-relatie, het wezenlijke probleem hier, de volle aandacht krijgt.

Men kan zich afvragen of dit alleen de student kan overkomen. Helaas blijkt dit maar al te dikwijls de gewone gang van zaken te zijn in de praktijk van menige hulpverlener, inclusief de huisarts; veel „diagnosen” zijn schijndiagnosen; veel probleemstellingen zijn incompleet. Dikwijls is behandeling gericht op gedeelten van problemen, die op zich

erg belangrijk kunnen zijn, maar nooit een basis voor een „oplossing” kunnen vormen.

In dit geval tonen co-assistent en maatschappelijk werker zich verheugd iets te kunnen „ondernemen”, namelijk de woonsituatie verbeteren. Er zitten nog wel andere kanten aan de zaak, zoals het onverklaarde spuwven van het jongste kind. Hoe dikwijls is het kind met vage klachten niet een symptoom van gezinsproblematiek? De co-assistent wil de wijkverpleegster hiervoor inschakelen en in het gezin introduceren. Verhuizing zou volgens de man en ook wel volgens zijn vrouw „alles verbeteren”. Intussen blijkt echter dat haar motivatie werkelijk te verhuizen niet zo groot is (weer een signaal!). Op

deze momenten van het gesprek gaat men niet in en hoewel in de „prognose” de nodige twijfel omtrent „de relatie tussen de echtelieden” wordt uitgesproken ziet de co-assistent geen heil in het inschakelen van een psychotherapeut.

Hier is duidelijk sprake van het nastreven van een schijnoplossing. De „multidisciplinaire” aanpak die zo in de mode is, wordt meer gekenmerkt door het „met de haren erbij slepen” van enige andere hulpverleners, dan door een weloverwogen integrale benadering.

Er zou een interessante beschouwing aan het hoe en waarom van dergelijke onlogische hulpverleningsprogramma's (welke in de praktijk

inderdaad voorkomen), kunnen worden gewijd. De opleiding, de attitude van „de arts moet of kan iets doen”, speelt mijns inziens daarbij een belangrijke rol. De verleiding die „diagnose” te stellen waaraan men iets kan doen, waarbij men kan „adviseren” of vooral „concreet” kan helpen is zeer groot. Dikwijls is echter die „diagnose” niet zo belangrijk en gaat het er veel meer om de patiënt(en) bij te staan zichzelf te leren helpen. Juist de huisarts krijgt, zij het aanvankelijk dikwijls als een somatische klacht gepresenteerd, met problemen te maken die relationeel zijn bepaald. „Gezin” of „thuisgroep”, het primaire milieu speelt vaak een beslissende rol. Zonder aandacht voor dit feit blijft hulp dikwijls zeer „symptomatisch”.

Medisch-sociale problematiek: wat doe je er mee?

DOOR MEVROUW J. BEEKMAN-EGGINK*

In dit artikel worden drie gevallen beschreven waarbij sprake is van een in elkaar grijpen van medische en sociale problematiek. In twee van de drie gevallen is een vorm van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker aan de orde geweest. Deze gevallen zijn niet gefingeerd, maar berusten op werkelijkheid die slechts in zo verre is gewijzigd, dat de personen en instanties die daarin een rol hebben gespeeld onherkenbaar zijn geworden. Het gaat om

1. een geval waarin de huisarts geen toegang heeft kunnen vinden tot het sociale probleem dat aanleiding tot medisch handelen gaf;
2. een geval waarin een huisarts en een maatschappelijk werker samen overleggen, omdat de arts er niet voldoende tijd aan kon besteden;
3. een geval waarin een huisarts en een maatschappelijk werker nauw

samenwerken om de medische en sociale problematiek, die elkaar wederzijds beïnvloeden, tot een oplossing te brengen.

Uit het feit dat deze voorbeelden grotendeels uit het arsenaal van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker zijn geput, behoeft men niet te concluderen dat de aanpak die hierin wordt beschreven exclusief is voor deze samenwerking. Er hadden ook andere agogische werkers bij betrokken kunnen zijn.

Agogisch werken vindt plaats binnen het kader van verschillende beroepen die onder het welzijnswerk worden gerangschikt. Onder agogisch werken verstaan wij het professioneel begeleiden van een cliëntstelsel ter verandering van een als problematisch ervaren situatie. Wij spreken van een cliëntstelsel, omdat de mens, zijn leefwijze en dus ook zijn problemen niet los kunnen worden gezien van de sociale context. Daarom moeten relatie- en interactiepatronen tussen een mens en zijn om-

geving in de beschouwing worden betrokken, alsmede maatschappelijke factoren en omstandigheden die daarop van invloed zijn. In feite is er steeds sprake van wisselwerking tussen al de genoemde elementen. In het dagelijks leven van ons allen voltrekken dergelijke beïnvloedingsprocessen zich doorgaans onbewust. Wanneer mensen in probleemsituaties komen te verkeren, worden wij gedwongen naar de samenhang op zoek te gaan. De verandering heeft ten doel een situatie te creëren, waarin het cliëntstelsel meer mogelijkheden zal hebben tot een bevredigend leven en samenleven met anderen in zijn naaste of wijdere omgeving.

Dit is een algemene omschrijving waaronder heel verschillende werkvormen kunnen vallen, zoals maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg, club- en buurthuiswerk, opbouwwerk, vormingswerk en cultureel werk. Het hangt van de situatie en van de werk-„setting” af welke vormen het agogisch werken in concreto zal aannemen.

* Redactiesecretaris Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk.