

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.

Dat ook het werk van de huisarts een belangrijke agogische component bevat, is onlangs helder uiteengezet door *Van Aalderen* in zijn rede „Anders helpen, anders helen”. „De huisarts weet, dat het begrip ziek zijn dat zijn patiënten presenteren, iets geheel anders is dan het ziek zijn dat de wetenschap hem heeft geleerd” (bladzijde 9). In al die gevallen waarin de klachten van de patiënt niet passen in de „medische mal”, heeft de huisarts behoefte aan een werkmodel dat hem mét de patiënt toegang verschaft tot andere domeinen in het leven en beleven van de patiënt, die mede bepalend zijn voor de klachten.

Huisarts en patiënt beginnen die exploratie beiden als „niet-weters”. Dat schept een totaal andere relatie tussen arts en patiënt, dan die waarin de arts de wetter en de patiënt de niet-weter is die voor zijn genezing afhankelijk is van de wetende autoriteit. *Van Aalderen* stelt onomwonden dat de huisarts die pretentie van wetende autoriteit in deze tijd niet meer kan waarmaken. Bovendien kan de werkelijkheid van ziekte en gezondheid — de subjectieve ervaring hiervan inclusief — veel zuiverder worden benaderd, wanneer de arts meer onbevangen „cliënt-centered” gaat werken, dat wil zeggen voor de patiënt de ruimte schept waarin hij zichzelf en al die dingen die zo moeilijk op een rijtje zijn te zetten en te verwoorden, tot uitdrukking kan brengen. Arts en patiënt komen zodoende geleidelijk tot een inzicht waartoe ieder voor zich in de oude verhouding niet zou zijn gekomen.

Van Aalderen merkt op, dat de vaardigheid in het werken op deze manier bij vele artsen nog niet aanwezig is. Parallel daaraan loopt het onvermogen van patiënten zo met hun dokter om te gaan, dat zij hem niet de traditionele rol van onbetwiste beheersers van de situatie toebedelen.

Voor een gunstige ontwikkeling van de arts-patiënt-relatie zou het vurig te wensen zijn dat het agogische element zijn kans zal krijgen.

Ook voor een goede ontwikkeling van de in deze tijd zo sterk gepropageerde eerstelijnszorg is dit een noodzakelijke voorwaarde. Het oog krijgen voor de verwevenheid van medische en sociale problemen betekent voor hen die in de eerste lijn hun werk verrichten, een toegroeien naar een meer-disciplinaire benadering waarin gemeenschappelijk overleg en raadpleging en ook verdeling van rollen en taken, aangepast aan de hulpverleningssituatie, hun kans krijgen. Populair gezegd: je merkt dat je elkaar nodig hebt om de stukjes van een doorgaans ingewikkelde medisch-sociale legpuzzel in elkaar te passen.

Op alle niveaus — van de praktische uitvoering van de eerstelijnszorg, van de beleidsvoering en van de voorwaardenscheppende overheid — wordt over de best mogelijke structurele vormgeving nagedacht. De tendens is de werkers in de eerste lijn zo dicht mogelijk bij elkaar te laten werken, opdat het geïntegreerd werken ook door de ruimtelijke nabijheid kan worden bevorderd.

Het scheppen van nieuwe structuren is uiteraard bijzonder belangrijk. Ook in allerlei vormen van welzijnszorg worden pogingen ondernomen de verdeling in functies en competenties die als een historische gegevenheid moet worden aanvaard, zoveel mogelijk „om te turnen”.

Omvorming van structuren blijkt in de praktijk vaak een harde en ondankbare bezigheid te zijn. Het zijn werkelijk niet alleen de gevestigde belangen die hier dwars liggen; ook de verschillen in inzicht of de nog ontbrekende inzichten spelen een rol. Een belangrijk stuk werk kan worden verzet, doordat wij ons in de directe problemen van de huidige praktijk trachten te verdiepen en van daaruit voorlopige conclusies kunnen trekken. De dialoog over hetgeen zich aan de basis voltrekt kan richtinggevend zijn voor het inslaan van nieuwe wegen. Wat daar gebeurt is niet louter toeval, het heeft ook een structuur die wij moeten leren ontdekken om de organisatorische structuren waarnaar wij op zoek zijn inhoud en zin te geven.

In dat perspectief wil schrijfster dezes u gaarne meenemen op een kleine speurtocht door de grillige werkelijkheid. In de hier beschreven gevallen is nog in het geheel geen sprake van een geïntegreerde eerstelijnszorg; en waarschijnlijk heeft nooit iemand van de betrokken artsen, maatschappelijk werkers of andere werkers met patiënten/cliënten het woord agogisch in de mond genomen, laat staan er over gedacht. De situaties ter plaatse vertoonden grote lacunes in het hulpverleningsnet. Het gaat ons echter niet om de woorden. Die geven vaak pas achteraf een naam aan wat al eerder aanwezig was en zijn werking uitoefende.

GEVAL I

Op het spreekuur van huisarts A te B komt een jongeman van ongeveer 25 jaar (wij noemen hem C) in zwaar overspannen toestand. Hij slaapt niet meer en zijn gedachten malen onafgebroken door over een arbeidsconflict dat hem in deze toestand heeft gebracht. Hij kan er niet van loskomen, vooral omdat hij meent dat hij het bij het rechte eind heeft, maar gegeven de totale situatie, niet in staat is zijn mening kracht bij te zetten. Hij werkt op de afdeling boekhouden van een verzekeringsmaatschappij. Er zijn op de afdeling fouten gemaakt die de chef tegen hem breed heeft uitgemaakt, terwijl hij er maar zijdelings bij betrokken is geweest.

Volgens C is de chef een man met een moeilijk karakter, die het altijd op iemand gemunt moet hebben en dan niet voor rede vatbaar is. Deze gebeurtenis was de druppel die de emmer deed overlopen. Er is weinig saamhorigheid op de afdeling. Hoewel zijn collega's hem eigenlijk gelijk geven, neemt niemand het echt voor hem op.

De huisarts luistert naar de moeilijkheden, hij spreekt C moed in en geeft hem valium om hem tot rust te brengen. Verder draagt hij hem op regelmatig terug te komen voor controle. Met het arbeidsconflict laat hij zich niet in, omdat hij meent dat dit niet op de weg van de arts ligt.

In de loop van de daaropvolgende weken verergert C's toestand. Zelfs een zwaar slaapmiddel kan hem niet meer tot rust brengen. In deplorabele toestand komt hij — min of meer toevallig — bij een maatschappelijk werker terecht. Deze laat C zich helemaal uitspreken. Vervolgens maakt hij samen met hem een schriftelijk stuk op waarin C zijn visie op het gezeten conflict uiteenzet. Met dit stuk maakt de maatschappelijk werker de zaak opnieuw aanhangig bij de werkgever van C. Ondertussen blijft de maatschappelijk werker C begeleiden. Zijn benadering is er op gericht hem zijn zwaar geschokte zelfvertrouwen te doen herwinnen.

Binnen enkele weken treedt een aanmerkelijke verbetering in de toestand in. Aan zijn slapeloosheid komt geleidelijk aan een einde en hij blijft in staat zelf het gebruik van de voorgeschreven psychofarmaca te verminderen. Hij is echter nog niet in staat aan het werk te gaan, hetgeen tevens door de controlerend arts wordt vastgesteld. Wel wordt hij in die periode opgeroepen bij zijn werkgever te verschijnen; dit gesprek verloopt positief. C zal worden gerehabiliteerd. De werkgever stelt hem in het vooruitzicht dat hij op zijn oude plaats zal kunnen terugkomen, wanneer de situatie van directiewege zodanig zal zijn veranderd, dat de belastende factoren die tot zijn overspanning hebben geleid hierin geen rol meer zullen spelen.

C heeft in die tijd regelmatig zijn huisarts bezocht, met wie hij een goede relatie heeft. Deze raadt hem aan alvorens weer aan het werk te gaan vakantie te nemen om nog wat meer afstand tot het verleden te krijgen en de terugkomst beter te kunnen verwerken. C volgt deze raad op.

In dit geval kunnen wij ons afvragen waarom de huisarts zich niet op een of andere wijze heeft ingelaten met de moeilijkheden van sociale aard, die tot de ziekteverschijnselen hadden geleid en ze vervolgens in stand hielden. De geschiedenis verschaft ons hierover geen helderheid. Uiteraard lijkt het zich mengen van

de huisarts in arbeidsverhoudingen wel erg ver af te liggen van de gebruikelijke taakuitoefening. Maar hij heeft in dit geval ook geen tussentoppen overwogen. Hij had bijvoorbeeld informatie kunnen inwinnen bij sociale instanties, zoals daar zijn: het Gewestelijk Arbeidsbureau, algemeen maatschappelijk werk, bedrijfsmaatschappelijk werk, eventueel een sociaal raadsman. De situatie ter plaatse gaf daar waarschijnlijk niet veel aanleiding toe. Zoals reeds opgemerkt: wij weten het niet precies. Wij stellen alleen vast dat de arts niet buiten zijn strikt medisch domein is getreden. Hij heeft gekozen voor een behandeling met psychofarmaca om de opwindingsstoestand tot bedaren te brengen, waarschijnlijk met de hoop dat deze behandeling tot het doorbreken van de crisistoestand zou bijdragen. In feite heeft de huisarts het probleem alleen maar verschoven.

De maatschappelijk werker in deze geschiedenis had het niet zo gemakkelijk, omdat hij niet via zijn instelling met C in contact was gekomen, maar informeel door hem was geraadpleegd. Feitelijk had hij dus geen ander gezag achter zich dan zijn eigen (beroeps)opvattingen en daarmee ging hij aan het werk. Hij begon met af te tasten of hij te maken had met een labiele of gestoorde persoonlijkheid, of met iemand in een crisissituatie die vooral door omstandigheden was opgeroepen met labiel gedrag als gevolg. Door zijn gesprekken met C en door samen met hem een schriftelijk stuk op te maken kreeg hij de indruk, dat C consistent kon denken en handelen, maar wel in een gevaarlijke negatieve spiraalwerking was geraakt.

Dit voorlopig gewonnen inzicht bepaalde de aard van zijn hulpverlening. Hij besloot tot het overnemen van een stuk verantwoordelijkheid van zijn cliënt, die deze in dit stadium zelf niet kon opbrengen. In de eerste plaats was C te moe en te nerveus vanwege zijn slapeloze nachten. In de tweede plaats bestond er op zijn kantoor een voorstelling van het conflict, waaraan hij zelf niets kon veranderen. De maatschappelijk

werker richtte zich daarom met het gezamenlijk opgemaakte stuk tot die instantie die in staat was de meningen en besluitvorming te beïnvloeden: de directie. Zijn hypothese was, dat dit optreden in een volkomen vastgelopen situatie een scharnierwerking zou kunnen hebben. Deze hypothese werd bewaarheid. In het bedrijf werden stappen ondernomen die noodzakelijk waren om daarin verandering te brengen; met enige steun in de rug van de maatschappelijk werker en van de medicus kon C zelf aan zijn herstel verder werken. Als de maatschappelijk werker in zijn contact met de cliënt een andere indruk van diens persoonlijke mogelijkheden zou hebben verkregen, zou zijn hulpverleningsplan anders zijn uitgevallen. Er zou dan immers het risico in hebben gezeten, dat ook met rehabilitatie in zijn werkkring de crisistoestand niet geheel en al zou zijn overwonnen.

Overleg tussen huisarts en maatschappelijk werker is er in dit geval niet aan te pas gekomen. Wij vragen ons af of — zo dit wel was gebeurd — de patiënt niet een flinke portie ellende had kunnen worden bespaard.

GEVAL II

De huisarts heeft te maken met een gezin, bestaande uit vader (bedrijfs-econoom), moeder en drie kinderen in de schoolleeftijd. Er treedt herhaaldelijk ziekte op, het minst bij vader, het meest bij moeder; de kinderen vallen daar qua frequentie tussen in. Er is nogal eens sprake van ongelukken (brandwonden, val van trap) en vooral van infectieziekten. Voor de arts vormt dit gezin een soort perpetuum mobile. Het gezin functioneert overigens „aangepast” aan de maatschappelijke normen. Zo te zien is er geen vuiltje in de lucht.

De huisarts legt dit geval voor aan een maatschappelijk werker. Hij selecteert uit een aantal gezinnen met een hoge ziektefrequentie dit ene geval, met de vraag of er mogelijk sociale factoren zijn die het rondgaan van ziekte in een gezin aan de gang kunnen houden. De maatschappelijk werker weet hierover voorshands niet

veel anders te zeggen dan dat er onder het rimpelloze oppervlak spanningen kunnen zijn die men zorgvuldig onder water tracht te houden, maar die toch een uitweg moeten vinden. De uitlaatklep zou eventueel ziekte kunnen zijn. Dit is niet meer dan een algemene veronderstelling. Hij adviseert de huisarts zich tijdelijk wat intensiever met de gezinsrelaties bezig te houden, hetgeen de arts door zijn vertrouwensrelatie in staat is te doen. De maatschappelijk werker raadt de huisarts aan verder niet in te grijpen, maar vooral zijn oor te luisteren te leggen en gegevens te verzamelen.

Er kan in dit geval geen sprake zijn van een verwijzing naar een andere hulpverlener, zeker niet naar een maatschappelijk werker.

In de eerste plaats is er volgens de opvattingen van de gezinsleden — met name vader en moeder — niets aan de hand; in de tweede plaats is de maatschappelijk werker er volgens hun voorstelling van zaken alleen voor de armen en de dommen. Vader is penningmeester van een instelling voor maatschappelijke dienstverlening.

De huisarts volgt de raad van de maatschappelijk werker op en komt na verloop van enige weken bij hem terug met de volgende gegevens. Vader is streng katholiek opgevoed en eist van zijn vrouw en kinderen dat zij in dat voetspoor zullen wandelen. Moeder is buitenkerkelijk opgevoed. Haar ouders hadden een zeer problematisch huwelijk. Gedurende haar jeugd is zij als enig kind de speelbal geweest bij de onenigheid tussen de echtgenoten. Het huwelijk is tenslotte op een scheiding uitgelopen. De oudste zoon is moeders oogappel, de dochter die daarop volgt de zondebok van de familie. Het meisje „kan nooit iets goed doen”. Zij doet dan ook allerlei dingen verkeerd en maakt een nerveuze indruk. De zoon is op het gymnasium, de jongste dochter is daarvoor bestemd. De middelste is op de mavo-school en de verwachting in het hele gezin is, „dat ze die wel niet zal halen”.

In het gesprek naar aanleiding van

deze gegevens brengt de maatschappelijk werker naar voren dat er sprake kan zijn van kwellende schuldgevoelens bij de ouders, die zij zich niet (mogen!) realiseren. Zij moeten misschien wel de stand ophouden van een ideaal huwelijk en al het oude en nieuwe zeer van hun leven verdoezelen. Wanneer dat niet lukt, projecteren zij dat mogelijk in één van de kinderen. Daarmee blijft hun „schuld” dan permanent ingelost.

De aanvankelijke veronderstelling dat ziekte in dit gezin het medisch ventiel voor een dreigend falen is (vrij geformuleerd naar de socioloog J. A. A. van Doorn die sprak van een medisch ventiel voor maatschappelijk falen), lijkt hiermee enigermate te zijn bewaarheid.

Maatschappelijk werker en huisarts komen tot de conclusie dat de arts als vertrouwensman van het gezin zou moeten proberen zo met de gezinsleden om te gaan dat hun angst- en schuldgevoelens zoveel mogelijk worden verzacht en vermindert. Dan zal er misschien minder behoefte bestaan deze angst naar een maatschappelijk geaccepteerd domein, zoals ziek zijn nu eenmaal is, te verschuiven. Zij bespreken vervolgens hoe dat in de praktijk zou kunnen worden gerealiseerd.

In dit geval leidde het overleg — consult zo men wil — tussen huisarts en maatschappelijk werker tot het opstellen van een „strategie” voor de huisarts. Daarbij wil ik twee kanttekeningen plaatsen.

1. Er is wel eens gesteld dat de huisarts in gevallen van psychosociale problematiek het relationele gedeelte, wat dat ook mag zijn, moet overlaten aan anderen die daarin een specifieke scholing hebben gehad. Wij geloven daar niet in. Ook de arts werkt op een of andere wijze „relationeel” met zijn patiënt. Bij nader inzien is daar geen ontkomen aan. Het is daarom aan te bevelen, dat ook hij zich zoals andere hulpverleners laat scholen in relationeel werken. Maar dat houdt niet in

dat hij dan precies hetzelfde gaat doen als al die anderen. Door scholing zal hij mogelijk beter gaan zien op welke wijze hij met zijn patiënt zal moeten werken. Voor de relatievorming is het juist belangrijk dat hij niet vergeet dat hij spreekt en handelt als arts, dus in zijn beroepsrol. Aan die rol zijn nu eenmaal bepaalde verwachtingen verbonden, zeer zeker van de zijde van de patiënt. Vanuit de medische optiek krijgen het gesprek en de relatie hun vorm. Vanzelf zullen daarbij allerlei andere elementen in de relatie doorspelen, zoals bijvoorbeeld godsdienstige of psychotherapeutische. Maar daarmee wordt de huisarts nog geen pastor of psychotherapeut. Hij is en blijft dokter en van daaruit voltrekt zich de interactie met de patiënt.

2. Wij kunnen ons afvragen of het advies van de maatschappelijk werker aan de arts indirect aan vermindering van angst en schuldgevoel te werken wel zo juist was. Zou het bijvoorbeeld geen aanbeveling kunnen verdienen meer recht op de man af de problemen op tafel te leggen? Het bespreekbaar maken van beladen achtergronden kan immers een belangrijke bijdrage tot de oplossing ervan leveren.

Het is echter voor de huisarts bijzonder moeilijk te peilen wat voor invloed een rechtstreekse interventie op de echtgenoten zou hebben. De kans dat de afweer wordt vergroot is minstens zo groot als het teweegbrengen van een zekere opluchting. Wat iemand in hulpverlening losmaakt moet hij tenslotte ook kunnen opvangen en daartoe is de huisarts niet in staat. Daarom is het veiliger volgens de „voorbeeld”methode te werk te gaan, temeer daar de arts voor traditioneel gevormde mensen een man van gezag is. Als hij de gestrengheid door andere waarden vervangt, is dit voorbeeld navolgenswaard.

In sommige gevallen zal het wel mogelijk zijn via een vertrouwensrelatie tot een verwijzing te komen.

In geval van huwelijks- en gezinsmoeilijkheden denken wij tegenwoordig ook aan echtpaar- of gezinsbehandeling die vaak effectiever blijkt te zijn dan louter individuele therapie.

GEVAL III

Een onderwijzer in een middelgrote stad geraakt omstreeks zijn veertigste jaar in grote moeilijkheden, omdat hij het werk voor de klas niet meer kan volhouden. Hij gaat lichamelijk achteruit en krijgt zo nu en dan weer last van epileptische insulten waaraan hij in zijn jeugd ook heeft geleden. Die jeugd is trouwens in andere opzichten ook slecht verlopen. Zo had hij bijvoorbeeld met zijn vader een zeer slechte relatie. Uit angst voor falen wordt hij zeer moeilijk voor zijn directe omgeving. Hij wil zich door dik en dun handhaven en geeft steeds anderen de schuld van zijn ongeluk. Naarmate zijn kwaal verergert, gaat hij verschillende hulpverleners tegen elkaar opzetten en uitspelen, waarmee hij veel ergernis bij hen opwekt. (Bij dit geval raakten uiteindelijk de huisarts, een epilepsiecentrum, twee sociale verzekeringsartsen, een regionaal revalidatieteam en de gemeentelijke sociale dienst betrokken.) Cliënt wil als het er op aankomt van niemand hulp aanvaarden. Hij wordt gauw driftig en onredelijk en intrigeert „bij het leven”. De maatschappelijk werker van de Gemeentelijke Sociale Dienst draagt hem voor begeleiding over aan een collega uit een naburige plaats, in de hoop dat het hem zal gelukken een relatie met hem op te bouwen; dit laatste lukt redelijk. Deze maatschappelijk werker laat de cliënt voelen, dat hij goed begrijpt waarom hij „zo moeilijk doet”. Hij zegt dat niet in woorden, maar hij geeft de man gelegenheid stoom af te blazen, zijn machteloze woede en vernedering te uiten door te schelden op de hulpverleners in zijn omgeving en ze van allerlei te verdenken. Hij gaat er niet tegen in.

Cliënt ervaart dit kennelijk als een verlichting en blijkt nu voor het eerst in staat mee te denken in een concreet „plan van actie”. De maat-

schappelijk werker adviseert hem zich te laten testen voor eventuele her-scholing bij een psycholoog die ver van zijn woonplaats praktijk uitoefent. Hij gaat hierop in. De uitslag van het onderzoek kwam neer op „epileptoïde aanleg met neurotische bovenbouw, weinig mogelijkheden voor omscholing!”

De maatschappelijk werker raadpleegt vervolgens de huisarts van cliënt, die de diagnose met somatische gegevens aanvult: patiënt is lichamelijk zwak en zal waarschijnlijk nog meer achteruitgaan. De maatschappelijk werker deelt zijn ervaring omtrent de onredelijkheid van de cliënt met de huisarts. Als hij maar een uitlaatklep heeft en hulpverleners doen geen rationeel beroep op zijn redelijkheid, is hij in staat mee te werken aan een behandelingsplan. De huisarts heeft hiervoor alle begrip. Huisarts en maatschappelijk werker spreken af dezelfde gedragslijn te volgen en elkaar op de hoogte te houden van het verloop van de hulpverlening. Er doen zich regelmatig complicaties voor, mede in verband met sociale verzekeringskwesties. Beiden werken met de cliënt en met zijn vrouw die erg onder de situatie lijdt en met instanties die hem zijn onredelijk gedrag terugbetalen door hem de pin op de neus te zetten.

De arts houdt cliënt onder medische controle, spreekt de vrouw moed in, geeft haar de nodige medische aandacht en overlegt met andere artsen. De maatschappelijk werker houdt zich behalve met cliënt ook bezig met het regionaal revalidatieteam en met de Gemeentelijke Sociale Dienst. Na veel laveren wordt cliënt 100 procent arbeidsongeschikt verklaard; de hele zaak komt in een rustiger vaarwater. Tot slot verhuizen cliënt en zijn vrouw naar een dorp in een andere provincie, hierbij financieel geholpen door de Gemeentelijke Sociale Dienst in de oude woonplaats.

Uit een psychologie-college jaren geleden herinner ik mij een uitspraak van de docent: „alle gedrag is zinvol,

al komt het de hulpverlener nog zo zinledig voor”. In dit geval is het onredelijke gedrag van cliënt als zinvol te beschouwen vanuit de enorme kwetsbaarheid van een mens die een maatschappelijke positie bekleedt en verantwoordelijkheid ten opzichte van anderen draagt en daarin steeds van de rand van mislukking moet balanceren. Wij zouden in het algemeen kunnen stellen dat kwetsbaarheid recht evenredig is met moeilijk gedrag. Hulpverleners — de sociale niet uitgezonderd — lopen hier het gevaar het proces van empathie, dat een strikte voorwaarde is voor doeltreffend hulpverlening, in zichzelf slechts half te voltrekken; dat wil zeggen: men voelt wel aan of begrijpt met het verstand, dat een mens in een moeilijke situatie zich redt door middel van compensatiemechanismen of afweermanoeuvres, maar de „existentiële” kwaliteit van de kwetsbaarheid blijft buiten het gezichtsveld en daardoor de hulpverlener „buiten schot”. Dit impliceert vaak een superioriteit-inferioriteitverhouding tussen hulpverlener en cliënt, die niet bewust wordt gemaakt en onder woorden wordt gebracht. Dit vergroot het gevoel van machteloosheid bij de cliënt en leidt tot verder afglijden in „moeilijk doen” of in apathie.

In het hier beschreven geval mogen wij aannemen, dat de zorgvuldigheid waarmee huisarts en maatschappelijk werker samen aan deze componenten hebben gewerkt en de menselijkhartelijke, welhaast pretenteloze inzet van beiden het agens hebben gevormd voor sociaal herstel.

Aalderen, H. J. van. Anders helpen, anders helen. Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde. Amsterdam, 1974.