

Gezinsgeneeskundige colloquia XI: Een geheimzinnige geschiedenis*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT**

INLEIDING DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn status leek aanvankelijk een spannende detective-story te worden, maar achteraf is het mij wat tegengevallen. Het gaat over een gezin X, bestaande uit vader (33 jaar, chauffeur), moeder (31 jaar) en twee zontjes, respectievelijk 7 jaar en een maand oud. Het laatste kind was enige weken voor mijn stage in deze praktijk vrij plotseling geboren. Mijn huisarts werd toen geroepen omdat de partus bij ongeveer dertig weken op gang was gekomen. Hij vond bij zijn komst dat het caput reeds bijna op de bekkenbodem stond en vervoerde zelf de vrouw met spoed naar het ziekenhuis waar het kind in een partus praematurus praecipitatus werd geboren.

Toen ik mijn stage begon lag de baby nog in het ziekenhuis, maar was de moeder reeds ontslagen. Ik hoorde voor het eerst iets over dit gezin toen ik op het spreekuur een echtpaar ontmoette dat zich voorstelde als zuster en zwager van mevrouw X. Zij kwamen hun bezorgdheid uitspreken over het wel en wee van de beide kinderen. De moeder zou alcoholiste zijn, haar oudste zontje reeds ruim vier jaar verwaarlozen, en het jongste kind niet hebben gewenst. Deze zuster en zwager vertelden dat het oudste zontje veelvuldig bij zijn grootouders verbleef en zij drongen er op aan dat een nader onderzoek zou worden ingesteld om na te gaan of hier niet moest worden ingegrepen.

Na afloop van het spreekuur hebben wij de gezinsgegevens bijeen gezocht en getracht de ongerustheid van de familie daarin te passen.

De moeder is aan de huisarts bekend sinds 1972; zij zou daarvoor altijd gezond zijn geweest. Begin 1973 kreeg zij maagklachten. Nadat röntgenfoto's van maag en duodenum geen afwijkingen hadden aangetoond kreeg zij kort daarna een maagbloeding, waarvoor zij moest worden opgenomen. In het ziekenhuis kreeg zij enige kolven bloed, antacida en een Meulengracht-dieet. Een

jaar later werd de huisarts opnieuw ontboden omdat de moeder klachten had. Patiënte bleek extreem te zijn vermagerd en klaagde over buikpijnen.

Algemeen onderzoek leverde slechts een bezinkings-snelheid van de rode bloedlichaampjes op van 80 mm in het eerste uur. Wegens verdenking op maligniteit werd patiënte naar een internist verwezen, die haar opnam. Deze sprak in zijn ontslagbrief van een ernstige cachexie en vond behalve genoemde afwijking slechts een verhoogde alkalische fosfatase en een normaal amylasegehalte. Men ging over tot een laparotomie, waarbij de bursa omentalis slijmig vocht bleek te bevatten, met een zeer hoog amylasegehalte waarop de waarschijnlijkheidsdiagnose: pancreasvocht uit een pancreaskyste werd gesteld. Na de operatie waarbij een drain werd ingebracht, verbeterde de algemene toestand snel. Bij controle werd op de röntgenfoto een schaduw gezien die verdacht was voor een ulcus pylori. Bij gastroscopie kon echter geen ulcus worden aange-toond.

In februari 1975 kwam patiënte op het spreekuur en bleek zij ongeveer achttien weken zwanger. Op de patiëntenkaart is niets genoteerd omtrent het al of niet gewenst zijn van deze zwangerschap. Patiënte koos voor de begeleiding van haar zwangerschap een verloskundige. De huisarts zag haar pas terug bij de partus praematurus.

De vader van het gezin is sinds 1969 aan de huisarts bekend. Hij had toen wat maagklachten die bleken te berusten op een oesofageale reflux. De man was nerveus en gespannen, zijn klachten verdwenen met spasmolytica. In maart 1972 had hij vermoedingsklachten; in april 1975 een collaps, waarvoor geen oorzaak kon worden gevonden.

Het oudste zontje werd enkele maanden na de geboorte in het ziekenhuis opgenomen wegens een gegeneraliseerd oedeem ten gevolge van hardnek-kige, slijmige en bloederige diarree, waarvoor geen verklaring werd gevonden. De kinderarts vond slechts een licht verlaagde vetresorptie. Het kind herstelde snel en heeft later slechts eenmaal otitis media gehad.

Deze vroegere gegevens maakten ons niet veel wijzer. Men zou alles eventueel kunnen passen in het beeld van alcohol-misbruik met verwaarlozing, ongewenste zwangerschap, vitaminedeficiëntie en zelfs cachexie. Maar het gezin had op de huisarts altijd een normale indruk gemaakt en hem was nooit iets bijzonders opgevallen. Het grote probleem was dat niet het gezin zelf, maar de familie de huisarts om hulp had gevraagd. Toch leek het signaal van de familie dermate alarmerend dat wij besloten poolshoogte te gaan nemen, waarbij belangstelling voor de pasgeborene als porte d'entrée werd gekozen. Er zou eventueel over anticonceptie kunnen worden gesproken en wij zouden onze neus, ogen en orden inmiddels de kost geven. Ik zou als co-assistent worden voorgesteld en een vervolgplan opstellen en uitvoeren, afhankelijk van de medewerking van het gezin.

Bij dit onaangekondigde bezoek waren wij dadelijk welkom, entree en woonkamer waren keurig opgeruimd. Het was geen onverwachte confrontatie want onze aanwezigheid werd tevoren reeds door een gordijnspleet gesignaleerd, iets wat bij de volgende bezoeken steeds weer het geval zou zijn. Alleen de moeder was thuis. Zij zag er slecht uit: sterk vermagerd met een wat verlopen gezichten diepliggende wazige ogen. Mij viel een lichte tremor op, die overigens geen afbreuk deed aan haar zekere wijze van handelen. Het gesprek verliep soepel en de antwoorden waren adequaat. De geboorte van de jongste zoon had het echtpaar wat overvallen en moeder zei verlangend uit te zien naar de komst van de baby uit het ziekenhuis. De ouders bezochten het kind daar dagelijks.

Op de vraag hoe deze zwangerschap was ervaren werd spontaan gereageerd met het antwoord dat er, zeven jaar na de geboorte van het oudste kind, niet meer op was gerekend. Aanvankelijk hadden zij graag een tweede kind gehad, later was hier echter van afgezien.

Gerichte anticonceptie was nooit toegepast en was ook nooit een punt van overweging geweest. Dat was nu echter wel veranderd. Op onze uitnodiging daarover nog eens verder te praten werd

*Zie voor inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.

**Uit het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, hoofd Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

met graagte ingegaan. Mevrouw stelde er echter wel prijs op om dit samen met haar echtgenoot te doen. Hiervoor werd een afspraak gemaakt, nadat eerst de diverse mogelijkheden van anticonceptie de revue waren gepasseerd. Mijn gastheer stelde voor dat ik de verdere contacten zou verzorgen, waartegen geen enkel bezwaar werd ingebracht. Op de terugweg na het afscheid waren onze ideeën dezelfde: een slecht uitziende vrouw, maar overigens geen aanknopingspunten voor grote problematiek in dit gezin.

Enige dagen later had ik contact met de kinderarts. Deze vertelde dat het kind het uitstekend maakte en spoedig zou mogen worden ontslagen. De ouders zouden regelmatig op het bezoekuur verschijnen, maar de verpleging had daarbij herhaaldelijk geklaagd over de weinig echte belangstelling van de ouders voor het kind en over de steeds weer met dranklucht bezwangerde ziekenzaal. Dit was dan een aanwijzing, die de alarmerende berichten van de familie steun gaf. Het gevoel van onbehagen met de hele affaire werd groter: het gevoel iets te moeten doen waarom niet gevraagd werd en het niet bereikbaar zijn van het probleem terwijl zich dat wel steeds aan ons opdrong.

Het bezoek van het echtpaar in de spreekkamer verliep zoals het huisbezoek. Er werd op een prettige manier gesproken over de anticonceptie. Men zag op tegen het plaatsen van een spiraaltje en de mogelijkheid van sterilisatie werd resoluut van de hand gewezen. Gezien de lichte vorm van diabetes mellitus viel de keuze op de mini-pil.

Voorzichtig roerde ik in het kader van de diabetes het dorstprobleem aan. Er bleek geen sprake te zijn van veel drinken. Terwille van de gezelligheid werden dagelijks een of twee glazen bier genuttigd. In dit, ruim een uur durend, vlot verlopen gesprek heb ik tevens mijn plaats als co-assistent duidelijk gemaakt, mijn bemoeienissen met het gezin in het kader van een te maken gezinsverslag uitgelegd en (uit verlegenheid) mijn keuze op juist hun gezin nader toegelicht vanuit de problematiek van de onbegrepen ziektegeschiedenis van de moeder, de onverwachte komst van de baby en de daarbij behorende voorlichting ten aanzien van de anticonceptie. Bij het afscheid werd afgesproken dat ik met de internist zou overleggen betreffende de pil in verband met de diabetes en dat ik een bezoek aan de zuigeling in het zie-

kenhuis zou brengen. Ik zou het echtpaar daarover vertellen bij een volgend bezoek en zou dan tevens mijn gegevens completeren ten aanzien van mijn gezinsgeneeskundige status. Ik zou daarbij welkom zijn.

Dit laatste bezoek was weer als alle andere: vriendelijk, correct en terzake. De aanvullende gegevens werden snel verwoord. De oudste zoon, van wie wij hadden gehoord dat hij zou worden verwaarloosd, verbleef inderdaad dikwijls bij zijn grootouders, maar grootvader bleek conciërge te zijn op de school waar het zoontje zat, zodat hij in de gelijktijdige pauzes daar gemakkelijk zijn boterham kon eten. Even later verscheen de jongen zelf. Hij maakte een wat verlegen maar gezonde indruk op mij. Hoewel dit niet met zoveel woorden werd gezegd, kreeg ik toch de indruk dat moeder het niet op prijs zou stellen als ik mij verder met het gezin zou bemoeien. Er werd in elk geval niet om hulp gevraagd.

PROBLEEMSTELLING

Terugziend op deze casus bleef ik echter met een onbevredigd gevoel zitten, terwijl een aantal vragen onbeantwoord blijft.

– Wanneer derden de hulp inroepen buiten medeweten van degenen om wie het gaat, zijn er onderscheidene mogelijkheden. Je kunt in principe afwijzen en volstaan met de mededeling dat dit buiten de competentie ligt; verder kun je verwijzen naar een andere instantie (bijvoorbeeld een vertrouwensarts) of je kunt je eigen krachten inspannen en iets gaan ondernemen, al moet dit laatste dan wel met inachtneming van het beroepsgeheim, dat wil zeggen het meegedeelde voor kennisgeving aannemen en niet terugspelen. Het inroepen van de hulp van een vertrouwensarts leek mij in dit geval wat voorbarig. Wij hebben gekozen voor de laatste mogelijkheid, wellicht was afwijzen een betere keuze geweest.

– Wanneer je deze keuze maakt word je geconfronteerd met de vraag of de mensen niet het recht hebben zelf hun problemen te klaren. Door de vele mogelijkheden, welke de gezondheids- en welzijnzorg biedt ten aanzien van geestelijke en sociale hulpverlening, dreigt het gevaar van ongewenste bemoeienis. Blijk je na een poging niet door te dringen tot de kern van de zaak dan is het wellicht beter je terug te trekken en te wachten op spontaan herstel of op een uitbarsting.

– In beide gevallen blijft het probleem bestaan: wanneer is het ernstig genoeg om, koste wat kost, inmenging door te zetten, of andere hulpverlenende instanties in te schakelen?

– In hoeverre zijn je eigen contactuele eigenschappen debet aan het falen van je plan en op grond waarvan kun je daartoe concluderen? Was mogelijk een directe confrontatiemethode beter geweest? Dit zou althans beide partijen tot eerlijke gesprekspartners kunnen maken. Het gevoel dat ik nu had was dat van een chronische oneerlijkheid: het angstvallig verzwijgen van de werkelijke redenen van mijn komst. Anderzijds roep je met confrontatie snel de vraag op wie de tipgever is geweest, met als mogelijke gevolgen achterdocht, beschuldigingen en een nog geheimzinniger rollenspel. Bij de door mij gevolgde werkwijze rijst de vraag in hoeverre het echtpaar wel degelijk op de hoogte is geweest van de werkelijke redenen van mijn komst en wat de hele procedure voor hen heeft betekend.

– Een verder probleem dat aan de orde komt is het inschakelen van anderen. Men zou veel sneller een overzicht van de totale problematiek kunnen krijgen wanneer was geïnformeerd bij bijvoorbeeld de onderwijzeres van het oudste zoontje, bij de grootouders of bij het zoontje buiten zijn ouders om. In het onderhavige geval werd alleen met de kinderarts overlegd en zou de wijkverpleegster na de contacten worden gevraagd op te letten of zij iets van verwaarlozing kon merken. Het lijkt mij duidelijk dat je niet zonder meer gebruik kunt maken van de hulp van andere instanties.

– Tenslotte heb ik bij deze casus mijn functioneren als co-assistent en de daarbij gegeven opdracht tot het maken van een gezinsgeneeskundige status als bijzonder moeilijk ervaren. Je rol van hulpverlener verandert in die van hulpvrager. Je verzoekt om medewerking aan een project en verlangt daarbij dat het gezin een stuk van zijn mogelijke privé-verhoudingen aan je prijsgeeft.

VERSLAG VAN DE BESPREKING

Huisarts-discussieleider: Dank u voor uw goed gebrachte status. Wil iemand van de aanwezigen nadere toelichting?

Co-assistent 1: Is er nog bij de desbetreffende vroedvrouw geïnformeerd?

Semi-arts: Deze was niets bijzonders opgevallen.

Huisarts-discussieleider: Ik begrijp uit uw verhaal dat u niét erg gelukkig bent met de gang van zaken. Hoe zoudt u iets dergelijks de volgende keer aanpakken?

Semi-arts: Ik zou, denk ik, meer confronterend optreden.

Huisarts-discussieleider: Wat vinden de anderen hiervan?

Co-assistent 2: Zou je in een dergelijk geval niet het maatschappelijk werk kunnen inschakelen?

Huisarts-discussieleider: Het lijkt mij buitengewoon onwaarschijnlijk dat een maatschappelijk werker op grond van deze informatie bereid zou zijn ongevraagd een nader onderzoek in te stellen. Heeft niemand van u een ander voorstel?

Co-assistent 3: Zou je via de schoolarts contact kunnen opnemen met de onderwijzer?

Huisarts-discussieleider: Ik geloof dat wij er zo niet uitkomen. U zoekt allemaal naar oplossingen die er naar mijn mening niet zijn, omdat dergelijke problemen in het algemeen onoplosbaar zijn als men zich in deze uitgangspositie laat manoeuvreren. Toch komt iets dergelijks niet zelden voor. De huisarts wordt herhaaldelijk benaderd door familieleden van zijn patiënten met tips, aanwijzingen of zelfs beschuldigingen, waaraan dan dadelijk wordt toegevoegd dat de huisarts tot geen prijs mag laten merken van wie deze informaties stammen. Soms kan zo inderdaad worden geattendeerd op werkelijke problemen waarvan men het bestaan niet vermoedde en een enkele maal kan men zelfs een sleutelgegeven in handen krijgen, waarnaar men misschien zelf - al of niet bewust - vruchte-

loos heeft gezocht. Veel vaker leiden dergelijke ongevraagde inlichtingen echter tot onnodige en zelfs ongewenste onrust en wantrouwen bij de huisarts.

Met inlichtingen, waarvan de herkomst geheim moet blijven, kan men trouwens zelden iets zinvol ondernemen. De ervaring leert dat er in dergelijke gevallen meestal sprake is van (latente) conflicten in familie of gezin. Deze kunnen in het algemeen beter aan de oppervlakte komen en bespreekbaar worden gemaakt voor de belanghebbende partijen. Dit is namelijk een eerste voorwaarde om iets aan de situatie te kunnen veranderen, daar de betrokken partijen dit zelf zullen moeten doen. In ons geval kan de huisarts nu wat meer alert zijn bij de controles van de moeder voor de orale anticonceptie en bij de begeleiding op het zuigelingenbureau, dat hij, naar ik meen te weten, zelf leidt. Hij heeft ook de wijkverpleegkundige kunnen verzoeken eens extra op te letten. Verder zal hij echter in stilte moeten waken en afwachten.

Er schuilen echter ook wel degelijk gevaren in dergelijke vertrouwelijke mededelingen van derden, namelijk dat men onwillekeurig toch verleid wordt tot enigerlei actie in een bepaalde richting. Wij hebben in vorige colloquia herhaaldelijk gesignaleerd hoe men als huisarts moet oppassen zich voor de karretjes van anderen te laten spannen, die zelf buiten schot wensen te blijven. Ik ben daar vroeger zelf vaak genoeg, zij het met de beste bedoeling, het slachtoffer van geworden.

In een dilemma als ons door de co-assistent werd geschetst, is er naar mijn mening slechts één uitweg: zich niet in

deze positie laten manoeuvreren. Men kan een zo geboden informatie uiteraard dankbaar accepteren, hoewel het gewenst is de realiteitswaarde hiervan altijd zo goed mogelijk te schatten en zich bewust te zijn van wie deze informatie komt. Daarbij vrage men zich vooral af in welke verhouding de tipgever staat tot degene over wie ongevraagde informatie wordt verstrekt.

Het lijkt mij echter dringend geboden de tipgever steeds onmiddellijk er op te wijzen dat men niets kan doen met informatie waarvan de herkomst geheim moet blijven. Men kan deze informatie ten hoogste in zijn eigen oordeel betrekken en misschien wat meer op bepaalde aspecten letten.

Als de tipgever hiermee tevreden is zijn er weinig problemen. Maar als de tipgever meent dat er eigenlijk iets moet gebeuren en hierop bij de huisarts aandringt zal naar mijn mening niet de huisarts maar de tipgever zelf moeten kiezen: vindt hij of zij de zaak zelf ernstig, wil hij dat er werkelijk iets aan wordt gedaan of niet? Zo neen dan is de kous af. Zo ja dan zijn er twee mogelijkheden. De beste daarvan is dat hij zelf de koe bij de horens vat. Als hij dat niet kan of durft kan de huisarts helpen als hij dit geïndiceerd acht, maar alleen indien hij zijn informatie-bron kan noemen. De huisarts zal de informant duidelijk moeten maken dat hij zonder zijn medewerking niets kan ondernemen en dat deze zelf zal moeten kiezen of delen. De status, welke wij vandaag bespraken, geeft voorbeelden te over van de onduidelijkheden en de onoprechte rol waarin men anders terecht kan komen.