

Kind in de knel

GERRIT NEOMAGUS

Neomagus G. Kind in de knel. Huisarts Wet 1997; 40(4): 162-6.

Samenvatting Het begrip *deprivatie* duidt op onderling samenhangende lichamelijke, geestelijke en sociale ontbering. Kinderen die opgroeien in een gedepriveerd gezin, kunnen lijden aan een scala van lichamelijke en geestelijke stoornissen. De huisarts ziet zich in de hulpverlening geplaagd door complexe, vrijwel onoplosbare problemen, onvoorspelbaar gedrag van de ouders en inadequaat of manipulatief gebruik van medische voorzieningen. Er kan sprake zijn van kindermishandeling. Uitgaande van het begrip *deprivatie* kan de huisarts een kijk op het gezin ontwikkelen die een zinvolle hulpverlening toch mogelijk maakt. Belangrijk daarbij is te beseffen dat *deprivatie* zich onvermijdelijk uit zal uitstrekken over een reeks van generaties. De rol van de huisarts is vooral gelegen in signaleren, bijvoorbeeld van kindermishandeling, en coördineren van de diverse vormen van hulpverlening. Belangrijk is het inzicht in de manier waarop medische consumptie plaatsvindt en het aanmoedigen van positieve tendensen in het gezin. Het belangrijkste is dat het vertrouwen van het gezin in de dokter in stand blijft.

G. Neomagus, huisarts, Delftweg 10, 3043 CG Rotterdam.

De casus (1)

Het is de taak van de huisarts naast de gebruikelijke hulpverlening de gezondheid, groei en ontwikkeling van het kind te bewaken. Indien de huisarts deze taak niet zelf verricht (CB arts en schoolarts kunnen het doen) behoudt hij toch een verantwoordelijkheid op dit terrein.

Basistakenpakket LHV 1987

Een schoolarts zoekt telefonisch contact met de huisarts, omdat de 12-jarige Bianca B al twee weken niet op school is geweest. De vader heeft gemeld dat moeder ziek is, en dat Bianca thuis huishoudelijke taken moet verrichten en voor de zieke moet zorgen. De schoolarts wil weten of de huisarts van een en ander op de hoogte is. Het schoolverzuim van Bianca is trouwens de laatste maanden dermate groot, dat de schoolinspectie inmiddels is ingeschakeld. Men heeft de stellige indruk dat Bianca op onwettige wijze thuis wordt gehouden en dat derhalve niet wordt voldaan aan de schoolplicht. Enige maanden eerder is in verband hiermee aan de ouders een boete van 500 gulden opgelegd.

Bij het doorlopen van zijn dossier stelt de huisarts vast dat er van de veronderstelde bewaking van groei en ontwikkeling van Bianca door de jaren maar weinig terecht is gekomen. Vast staat dat de moeder het consultatiebureau niet vaak heeft bezocht, omdat ze vond 'dat daar overbodige handelingen werden verricht'. Of en in hoeverre de huisarts deze taak eventueel heeft overgenomen, blijkt niet uit zijn aantekeningen. Uit het gesprek met de schoolarts wordt duidelijk dat er op de basis-school wel regelmatig contact is geweest met de schoolartsendienst.

Als bij toeval komt Bianca diezelfde dag op het spreekuur. Zij is vergezeld van haar vader, die op barse toon wenst dat zijn dochter naar het ziekenhuis wordt verwezen in verband met benauwdheidsklachten en spierpijn. De huisarts heeft het gevoel dat verzet van zijn kant hier niet kan baten en na een kort en vluchtig onderzoek geeft hij, zeer tegen zijn zin, een verwijskaart af voor de kinderarts in een academisch zie-

kenhuis. Vraagstelling: 'Nerveuze klachten, vermoedelijk hyperventilatie. Gaarne bevestiging.' Meer gegevens bevat de verwijsbrief niet. Misschien is de huisarts wel geërgerd vanwege de afgedwongen verwijzing en heeft hij geen zin om veel op te schrijven. Misschien vindt hij het ook wel bedreigend voor de ouders om melding te maken van alle problemen in het gezin waarin Bianca opgroeit.

-- We kijken nog even naar de gezinsmap van de huisarts. Het gaat om een Nederlands gezin. Over Bianca zelf is niet veel te vinden. Er wordt een drietal banale luchtweginfecties vermeld. Op 4-jarige leeftijd is ze kortdurend opgenomen geweest, omdat ze samen met een jonger zusje 35 tabletten sinaspril had opgegeten. Moeder is een broodmagere vrouw, die zolang als de huisarts zich herinnert grote hoeveelheden kalmerings- en slaapmiddelen gebruikt. Pogingen van de kant van de huisarts om met de prescriptie te stoppen, verzanden steeds in vruchteloze discussies. Er is een status quo bereikt waarbij elke week een vaste portie via de apotheek wordt afgeleverd. Mevrouw zou fobisch zijn en nooit buiten komen. Er zijn wel contacten geweest met het Riagg, maar die eindigden onveranderlijk met een ontslagbriefje met de mededeling dat 'patiënt niet op de afspraak was verschenen'.

De huisarts heeft het gezin waarin de moeder is opgegroeid goed gekend. Er waren veertien kinderen in een klein huisje, waar het een grote bende was. De vader was een ex-zeeman die enorm dronk en meestal op zolder onder vodden zijn roes lag uit te slapen. Moeder was wel zorgzaam, maar kon de zware taak absoluut niet aan en ging er meestal maar bij zitten. Het overlijden van de zeeman in ruste was een zegen voor het gezin. De kinderen knapten het huis op en er ontstond tot ieders verbazing een redelijk geordend huishouden.

Er zijn naast Bianca nog twee andere kinderen: een broer van 18, die werkloos is, en een twee jaar jonger zusje, dat lijdt aan buikpijnaanvallen waarvoor ze al vijf maal in het ziekenhuis is opgenomen zonder dat ooit iets is gevonden.

De positie van de vader is niet duidelijk.

De ouders zijn weliswaar gescheiden, maar de vader bemoeit zich wel met het gezin, is in ieder geval regelmatig aanwezig en brengt ook weleens een van de kinderen naar het spreekuur. Het is een achterdochtige, stugge man; de huisarts kan geen vat op hem krijgen. Zijn postadres is elders en hij is dan ook ingeschreven in een andere huisartspraktijk.

Volgens de gegevens van het ziekenfonds is mevrouw onlangs hertrouwd met iemand met een exotische naam, maar toen de huisarts hier eens naar vroeg, kreeg hij te horen dat dit hem niets aanging. Vermoedelijk is een buitenlander tegen een forse betaling aan een verblijfsvergunning geholpen.

Het gezin bewoont een benedenwoning in een rommelige achterstandsbuurt. Op vrijwel traditionele wijze ontbreken bel en naambordje, en zijn de gordijnen aan de straatkant de gehele dag gesloten. Wie binnen wil komen, dient op het raam te kloppen en wordt dan onthaald op het angst-aanjagende geblaf van een grote herdershond. Binnen is ooit iemand aan een verbouwing begonnen, maar kennelijk halverwege weggeroepen voor een meer spoedeisend karwei. In de gang ligt een gore stapel wasgoed.

Deprivatie

De gezinsomstandigheden laten zich het best benoemen met het woord 'deprivatie'. Er is in dit gezin gebrek aan alles, wat leidt tot een vrijwel onomkeerbare, neerwaartse spiraal, of, zoals *Querido* schrijft: 'een scala van onderling samenhangende lichamelijke, geestelijke en sociale ontbering'.¹ Kenmerkend voor dit soort gezinnen is de verwaarlozing op verschillende gebieden, zoals het voeren van een huishouding, het lichamenlijk en geestelijk welzijn, en het pedagogisch handelen. Het gevolg is dat er inadequaar gebruik wordt gemaakt van medische voorzieningen, over het algemeen te weinig, maar soms ook veel, maar dan op de verkeerde manier. Meestal is er sprake van afhankelijkheid van allerlei hulpverlenende instanties (soms in de vorm van een conflict), en het inroepen van medische hulp kan dan ook

de functie hebben van manipulatie met als doel het verkrijgen van een materiële voorziening.

Bij de kinderen tref je vaak lastig gedrag aan. Een ontwikkelingsachterstand, zowel emotioneel cognitief als sociaal, is mogelijk. Er kunnen opvallend veel lichamenlijk klachten of ziekten voorkomen. Vaak zijn de ouders zelf verwaarloosd en lichamenlijk of geestelijk mishandeld. De ouders hebben doorgaans een gering gevoel van eigenwaarde en een klein probleemoplossend vermogen. Ouders zoeken steun en acceptatie bij hun eigen kinderen om opgewassen te zijn tegen de moeilijke situatie. Het gedrag van het gezin van herkomst zet zich voort in het huidige gezin, en de kinderen nemen het op hun beurt over. Deze intergenerationele overdracht heeft vermoedelijk meer te maken met wat kinderen waarnemen en leren – de manier waarop in het gezin problemen worden opgelost – dan met genetische oorzaken.² De relatieboodschappen in een dergelijk structuurloos gezin gaan meestal over macht en onderlinge acceptatie. Agressie, schreeuwen en schelden kunnen erbij horen.³

De casus (2)

Enkele weken na de verwijzing wordt de huisarts telefonisch benaderd door een kinderarts uit het Academisch Ziekenhuis waar Bianca is onderzocht. De collega meldt zich in zijn hoedanigheid van lid van het project Kindermishandeling in het betreffende ziekenhuis.

Bij lichamenlijk onderzoek waren geen afwijkingen gevonden. Men had de diagnose gesteld op angst en hyperventilatie, en had een consult van de psychiater voorgesteld. De moeder had dit in eerste instantie nadrukkelijk afgewezen, maar later was zij toch akkoord gegaan. Bianca had zich tijdens het onderzoek opvallend angstig en afwerend gedragen. Hoewel geen tekenen van seksueel of ander lichamenlijk geweld waren gevonden, was toch de vraag opgekomen of Bianca mogelijk een slachtoffer van kindermishandeling was.

Het wordt een lang gesprek. De huisarts is kennelijk blij dat hij zijn hart eens kan

uitstorten: de falende hulpverlening, de verslaving van de moeder, het gezeur om allerlei medische verklaringen, de contactgestoorde vader en de rotzooi in het huis passeren de revue. Ten aanzien van de geopperde mishandeling moet hij echter verstek laten gaan: 'werkelijk geen idee'.

Intussen gaat Bianca nog steeds niet naar school vanwege de lichamenlijke klachten.

Kindermishandeling

Onder kindermishandeling wordt in het algemeen verstaan: het oplopen van lichamenlijk letsel door een kind ten gevolge van handelingen of nalatigheid van ouders of verzorgers. Beter is om het begrip te verbreden en ook geestelijke en seksuele mishandeling als kindermishandeling te benoemen. In die zin is pedagogische en affectieve verwaarlozing, zoals in gedepriveerde gezinnen voorkomt, een vorm van kindermishandeling, zeker omdat hieruit een hele reeks van problemen op het gebied van de gezondheid kan voortkomen. Voorbeelden zijn ondervoeding, achterblijven van de lengtegroei, ontbreken van preventieve zorg, ontbreken van curatieve zorg (verwaarloosde looporen, tandheelkundige problemen), intoxicaties en andere ongelukken, enuresis nocturna. Daarnaast zijn er allerlei stoornissen op psychosociaal terrein, zoals schoolverzuim, crimineel gedrag, drugs- en alcoholmisbruik, hyperactiviteit en affectieve stoornissen.²

Er bestaan geen specifieke criteria om vast te stellen of een kind heeft blootgestaan aan enige vorm van mishandeling. Soms wijzen tekenen van direct geweld of seksueel misbruik gemakkelijk de weg, maar meestal is het een combinatie van sociaal milieu en alarmerende stoornissen die tot de conclusie leidt dat er sprake is van kindermishandeling. Aangezien de huisarts vrijwel de enige is die gemakkelijk toegang heeft tot het gezin, is hij in deze situatie de eerst aanspreekbare hulpverlener, te meer omdat de ouders vaak veelvuldig van arts en ziekenhuis wisselen. Dit verschijnsel hangt mogelijk samen met de krenking die zij ervaren als door de

arts kindermishandeling wordt geopperd als verklaring voor de klachten van het kind.

Om dit 'shoppen' te voorkomen heeft men in het Sofia Kinderziekenhuis in Rotterdam een aanpak, waarbij de behandelend arts een vermoeden omtrent kindermishandeling meldt aan een consulterend arts, die zich daar vervolgens verder mee bezighoudt. De behandelend arts is dan vrij om zich te richten op het aangemelde medisch probleem. Door deze scheiding van taken hoopt men conflicten te voorkomen. Het is ook de consulterend arts, die de vertrouwensarts inlicht.^{4,5}

De casus (3)

Het kinderpsychiatrisch onderzoek vindt plaats. In de brief aan de huisarts wordt gemeld dat er eetproblemen zijn, waardoor Bianca erg mager is, en dat ze vaak buikpijn heeft in combinatie met angstige gevoelens. De gewetensfunctie heeft zich niet optimaal ontwikkeld; Bianca leeft onder het motto 'slaan of geslagen worden, en als je elkaar bezeert, dan heb je pech'. Het onderzoek is moeizaam verlopen, doordat de moeder steeds afspraken 'vergeet'. Voorlopig wordt gewerkt aan wat op dit moment het belangrijkste lijkt: het vinden van een geschikte school voor Bianca. Vanwege de angst en de gedeprimeerde stemming krijgt zij Fevarin.

De huisarts ontvangt intussen meer berichten over het gezin; hij wordt uitgenodigd voor een interdisciplinair overleg, omdat de situatie op allerlei gebieden uit de hand dreigt te lopen. Daar treft hij een groot aantal hulpverleners, die allen iets met het gezin B te maken hebben: buurtmaatschappelijk werk, bijzonder maatschappelijk werk, sociale dienst, woningbouwvereniging, Riagg, bureau voor verslavingsziekten, wijkagent en sociaal raadvrouw zijn allen aanwezig of vertegenwoordigd.

Op de flap-over worden de problemen genoteerd. De schuldenlast en de huurachterstand van de familie B zijn dermate hoog opgelopen, dat schuldsanering niet meer mogelijk is, en huisuitzetting lijkt onafwendbaar. De boete die is opgelegd

vanwege ontduiking van de schoolplicht, kan niet betaald worden en moeder zal binnenkort enkele dagen naar de gevangenis moeten. Iedere hulpverlener heeft zijn eigen verhaal over de aangeboden ondersteuning, en over het grillige gedrag en gebrek aan inzet van vader en moeder B, waarop elke poging uiteindelijk gestrand is. De wijkagent vraagt zich af of het niet tijd wordt dat de ouders uit de ouderlijke macht gezet worden, en zou het liefst hierover een rapport naar de vertrouwensarts sturen. De huisarts kan hierop melden dat Bianca is aangemeld bij het project kindermishandeling in het Academisch Ziekenhuis, en dat in deze richting dus al enige actie is ondernomen. Geen van de andere aanwezigen blijkt overigens van deze aanmelding op de hoogte. Besloten wordt een verslag van het interdisciplinair overleg naar de betreffende kinderarts te sturen. Algemeen gevoelen van de aanwezigen: een hopeloze toestand: dit gezin is op geen enkele manier te helpen; nu moet de bom maar barsten, wij kunnen ons niet langer laten manipuleren.

Dan slaat onverwacht een van de aanwezigen een blanco vel van de flap-over op met de vraag: 'wat gaat er wel goed in dit gezin?' De stilte die hierop volgt, is even indrukwekkend als het drukke gepraat van kort tevoren. Het lijkt wel of niemand hier ooit over nagedacht heeft.

Na enige aarzeling verschijnen er wat opmerkingen op de flap. Moeder is volgens de meeste aanwezigen toch wel zorgzaam, de kinderen worden behoorlijk gekleed, de maaltijden zijn op min of meer geregelde tijden, en de kinderen gaan op tijd naar bed. Aandacht krijgen de kinderen zeker, zij het dan vooral negatieve aandacht, maar dat vindt men in ieder geval beter dan helemaal geen aandacht. Het blijkt dat er ook wel afspraken te maken zijn met de moeder; vooral een consequente aanpak daarbij is belangrijk. De vader zou juist de laatste tijd weer minder drinken en wat meer belangstelling tonen voor zijn (ex-)vrouw en kinderen. Het is vooral de huisarts die ervoor pleit het gezin nog een kans te geven. Uit wat hij heeft waargenomen tijdens bezoeken aan huis,

heeft hij de overtuiging gekregen dat met name de twee meisjes hun zekerheid en geborgenheid nog steeds vinden in het gezinsverband en in de buurt. Een totaal bankroet van het gezin – huisuitzetting, gecombineerd met een scheiding tussen ouders en kinderen – zou daarom de slechtst denkbare oplossing zijn.

Besloten wordt de hulpverlening toch op dezelfde voet voort te zetten, uitgaande van de overigens zeer beperkte mogelijkheden, niet alleen van de gezinsleden maar van de diverse schuldeisers. Een in deze materie gespecialiseerde maatschappelijk werker zal de huisuitzetting trachten te voorkomen, en er zal gezinshulp worden aangeboden voor de periode waarin moeder moet 'zitten'.

Interdisciplinaire overleg

Een complex probleem leidt tot een complexe hulpverlening. Onvermijdelijk is dat de familie B door de jaren heen te maken heeft gekregen met een stoet aan hulpverleners, ieder met zijn eigen deskundigheid en werkvormen.

Historisch gezien is de aanpak van gezinnen met deprivatie nogal afhankelijk van de heersende sociologische inzichten. Kort na de oorlog sprak men van 'heropvoeden' in speciaal daartoe ingerichte gezinsoorden en luidde de sociaal-psychiatrische diagnose 'vervalspsychose'.⁶ In Rotterdam zocht men het omstreeks 1953 nog in dwang. Zogenaamd onmaatschappelijke werden bijeengebracht in het 'Brabantse Dorp', er was een hek omheen en er was een slagboom waar men zich bij aankomst of vertrek moest melden. Huishoudcursussen voor de vrouwen waren belangrijk.

In de jaren zestig en zeventig werd meer nadruk gelegd op langdurige begeleiding van 'asocialen'. In het Rotterdamse project Laag Zestienhoven, een geïsoleerd gelegen woonwijk die speciaal voor dit doel was opgezet, werkten in 1969 zelfs 21 agogen voor 120 gezinnen. Alles moest besproken worden, van elk gezin werd op uitgebreide kaarten de voortgang genoteerd. In de jaren negentig hecht men meer aan korte, doelmatige hulpverlening en is

de eigen verantwoordelijkheid van cliënten belangrijk. Men streeft niet meer naar isolatie maar naar integratie in de 'normale' samenleving.⁷

Bij al dit maatschappelijk gewoel bleef de huisarts de constante factor, hoewel ook zijn rol ten aanzien van hulpverlening bij psychosociale problemen met de mode mee veranderde. Coördinatie is op dit moment het kernbegrip. Juist door de vele en korte contacten met allerlei gespecialiseerde vormen van hulpverlening dreigt het overzicht verloren te gaan. De huisarts die beroepshalve over een gevoelige antenne beschikt en van allerlei kanten signalen ontvangt, kan hierbij een centrale rol spelen. Uiteraard kan ook iemand anders optreden als coördinator, zoals een maatschappelijk werker of eventueel iemand uit het eigen sociaal netwerk van het gezin. Ik heb bij een vergelijkbaar gezin meegeemaakt dat een tante zich over het lot van de kinderen ontfermde en op een vrijwel professionele wijze alle contacten met de hulpverlening in goede banen leidde. Belangrijk is in ieder geval dat afgesproken wordt wie coördinator is, en dat de mensen om wie het gaat daar ook van op de hoogte zijn (en het ermee eens zijn).

De casus (4)

De voorlopige afloop van deze casus is misschien even verrassend als voorspelbaar. Nadat de detentie van moeder is afgeblazen, huisuitzetting is voorkomen en de financiële problemen voorlopig zijn weggepoetst, sluit de familie B zich plotseling aan bij een seculier getinte religieuze groepering en worden de contacten met vrijwel alle hulpverleners verbroken. Het contact met de huisarts blijft gehandhaafd. De beide meisjes hebben nog steeds regelmatig klachten van buikpijn. De huisarts maakt in zo'n geval nogal snel een visite in de hoop op die manier een oogje in het zeil te kunnen houden. Bianca gaat naar het bijzonder voortgezet onderwijs, maar komt niet meer bij de psychiater. Van de vertrouwensarts wordt niets vernomen; het is niet duidelijk welke informatie is doorgegeven, en of en op welke manier daarover een dossier is aangelegd.

Kind in de knel

Opgroeien in een gedepriveerd gezin is geen pretje. Je krijgt te maken met ruzie en geweld. Je gezondheid kan schade oplopen, van een behoorlijke school- en beroepsopleiding komt vaak niets terecht, je kansen in de maatschappij zijn slecht. Je neemt je voor het zelf later beter te doen, maar voor je het weet zit je in dezelfde situatie. Je voelt je niet thuis tussen mensen met een andere levensstijl.

Het Rotterdamse project Laag Zestienhoven was nadrukkelijk bedoeld als doorstroomproject ('woonschool'): na een aantal jaren intensieve begeleiding weer terug naar de open samenleving. Dit bleek een vergissing. Een aantal families vestigde zich er permanent, en veel kinderen die er zijn opgegroeid, komen als volwassenen weer terug, ondanks het deprimerende aanzien van straten en huizen, en de onderlinge geweldsescalaties.

De rol van de huisarts

Het omgaan met deprivatie, gecompliceerde gezinsproblematiek en complexe hulpverlening stelt bijzondere eisen aan de huisarts. Door de schijnbare grilligheid en structuurloosheid van het gedrag (ook het ziektegedrag) van de gezinsleden lijkt het werken aan verbetering van de gezondheidstoestand en sociale positie van het gezin bij voorbaat gedoemd te mislukken. Desondanks kan de huisarts op zoek gaan naar wetmatigheden die kunnen leiden tot een werkhypothese en een doelstelling. Mogelijke oplossingen kunnen worden gevonden in eerdere ervaringen van de huisarts zelf en in de samenwerking met anderen. De casus van Bianca B bevat op dit gebied een aantal observaties en leerpunten die van belang kunnen zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

- Ten aanzien van de bewaking van groei en ontwikkeling van kinderen tot aan de puberteit hebben de arts van het consultatiebureau, de schoolarts en de huisarts een gedeelde taak. In de praktijk, en zeker in de grote stad, werken CB-arts, schoolarts en huisarts vaak maar incidenteel samen en ontbreken afspraken over opspo-

ring van non-responders op oproepen voor controles en vaccinaties. Juist kinderen met een zwakke sociale achtergrond dreigen zo tussen de wal en het schip te raken. Afgezien hiervan is het jammer dat de schat aan gegevens over groei en de psychomotorische ontwikkeling van het kind die op het spreekuur van CB- en schoolarts is verzameld, voor de huisarts verborgen blijft. Rond het veertiende jaar verdwijnen de dossiers naar een centraal adres en daarna zijn ze nog maar met moeite voor de huisarts in te zien. Tien jaar later worden alle gegevens vernietigd.

- Deprivatie is weliswaar een sociologisch begrip, dat men kan gebruiken om de toestand van een populatie of een geografische eenheid aan te duiden, toegepast op een individuele casus kan het leiden tot een syndroom met specifieke kenmerken en wetmatigheden. In deze zin kan deprivatie gebruikt worden als een medische diagnose met een klinisch beeld en therapeutische opties. Het ontbreken van gezinsstructuur, het pedagogisch onvermogen van de ouders, de eigen voorgeschiedenis van de ouders, het ontbreken van een sociaal netwerk, en de mogelijkheid van kindermishandeling en een gestoorde geestelijke en lichamelijke ontwikkeling zijn stuk voor stuk aan de orde geweest in deze bespreking. Zoals ook *Querido* schrijft, is deprivatie overigens niet alleen voorbehouden of identiek aan een lage sociaal-economische status. Deprivatiesyndromen komen in alle lagen van de bevolking voor. Omgekeerd kunnen gezinnen, ondanks economische zwakte, uitstekend functioneren; de kinderen voelen zich er prettig en ze krijgen voldoende sociale vaardigheden om ook later zelfredzaam te zijn.

- De combinatie kind en deprivatie vraagt van de huisarts een actieve opstelling.

Er kan een te lage medische consumptie zijn. Aan te raden is snel op hulpvragen in te gaan, gemakkelijk een huisbezoek af te leggen en alert te zijn op vormen van verwaarlozing of mishandeling. Bij anticiperend handelen kan ook een snelle verwijzing naar de kinderarts horen, ook al geven de somatische klachten hier niet direct

aanleiding toe. Juist bij dit type kinderen kan bijvoorbeeld tijdens een opname via observatie en buiten de directe invloedssfeer van de ouders inzicht worden verkregen in de ontwikkeling van het kind, en kan gezocht worden naar tekenen van verwaarlozing.⁵ Het verdient aanbeveling om in zo'n geval de reden van de verwijzing nadrukkelijk met de kinderarts te bespreken en te vragen hierop terug te komen bij de rapportage.

Er kan ook een schijnbaar hoge medische consumptie zijn. Futiliteiten worden opgeblazen, terwijl belangrijke en ernstige klachten terloops worden gemeld. Er is snel paniek, maar nuttige adviezen worden gauw vergeten. Menig huisarts zal verzucht hebben dat het bij dit type gezinnen zweilen met de kraan open is, en zal zijn gevoel van irritatie soms moeilijk weten te onderdrukken. Door rekening te houden met de geringe frustratietolerantie en het onvermogen van de ouders om de ware problemen goed te benoemen, en door consequent juist de positieve tendensen aan te moedigen, kan men meestal toch een werkbare relatie opbouwen.³ Het feit dat er een diagnose is (het gezinssysteem) en een werkhypothese (daarop toegesneden hulpverlening), en het inzicht dat de hulp die nu wordt verleend pas in een volgende generatie vruchten zal afwerpen, kan je daarbij als huisarts in het rechte spoor houden.

• Een consequente houding ten aanzien van de eigen taak als hulpverlener is be-

langrijk.³ De dokter is er niet om schoolverzuim te sanctioneren of om mensen uit de gevangenis te houden. Veel problemen worden echter vanuit een somatische invalshoek bij de diverse instanties gepresenteerd, en zo wordt uiteindelijk toch de huisarts het aanspreekpunt. Doordat er veel hulpverleners bij de begeleiding betrokken zijn, dreigt de huisarts gemanipuleerd te worden. Van belang is dat steeds duidelijk is wie het geheel coördineert, en dat de diverse hulpverleners op de hoogte zijn van elkaars handelen. Een bijeenkomst van hulpverleners om gegevens uit te wisselen en ook de positieve kanten van het gezin te benadrukken, kan hierbij helpen.³

• Bij de afweging of beschermende maatregelen nodig zijn via inschakeling van vertrouwensarts en Raad voor de Kinderbescherming is het oordeel van de huisarts van grote waarde.² Hij is in het algemeen degene die het gezin en het netwerk eromheen het meest van binnenuit kent, en die kan beoordelen in hoeverre het gezin nog een veilige plek is voor de kinderen. Indien een melding plaatsvindt, is openheid een eerste vereiste. Bij een behoedzame benadering, met veel uitleg zullen ouders in het algemeen bereid zijn in te stemmen met een bezoek van een maatschappelijk werker van de Raad, juist om eventuele uithuisplaatsing te voorkomen. Ook hier kan de huisarts een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld door bij zo'n bezoek aanwezig te zijn.

Tenslotte

Hulpverlening aan kinderen die opgroeien in een gedepriveerde omgeving is hulpverlening aan het gezin. Volwassenen die voor kinderen zorgen, zijn zelf ook ooit kind geweest en hebben hun eigen voorgeschiedenis en beperkingen. Deprivatie is een intergenerationeel probleem en hulpverlening zal zich dan ook onvermijdelijk moeten uitstrekken over verschillende generaties. Door dit voor ogen te houden kan je het als hulpverlener volhouden. Daar ging deze casusbespreking over.

Literatuur

- 1 Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.
- 2 Boer F. Kindermishandeling. In: Sanders-Woudstra JAR, Verhulst FV, De Witte HFJ. Kinder- en jeugdpsychiatrie I. 5e dr. Assen: Van Gorcum, 1995.
- 3 Bouwkamp R, Bouwkamp S. Psychosociale therapie voor kind en gezin. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- 4 Biewenga T, Janse C. Kindermishandeling en het ziekenhuis. Vkmagazine 1994; 8(1).
- 5 Overdijk R. Project kindermishandeling vergroot deskundigheid. In: Onderzoek voor het zieke kind. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam, 1995.
- 6 Dercksen A, Verplanke L. Heropgevoed. Vrij Nederland, 9 februari 1985.
- 7 Van Burik R. Indianendorp moet af van asociaal imago. Rotterdams Dagblad, 5 maart 1994. ■