

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

61-1r. Clinical trial of the therapeutic value of certain anti-rheumatic drugs. Meer, P. van der en S. A. den Ouden (1960) *Ann. rheum. Dis.* 19, 251.

In een onderzoek, opgezet volgens het „double-blind” principe, vergelijken de auteurs enkele geneesmiddelen wat betreft hun werking bij reumatoïde artritis. In het totaal kregen 191 patiënten in vier opeenvolgende perioden van zes weken de volgende geneesmiddelen: Acetosal, driemaal daags 1 g, amidopyrine, driemaal daags 500 mg, phenylbutazon (Butazolidine), driemaal daags 200 mg en een placebo (sach. lact.), driemaal daags 1 g. Er werd voor gezorgd, dat alle poeders hetzelfde uiterlijk en dezelfde smaak hadden. De volgorde waarin deze medicamenten werden toegediend bepaalde het toeval.

Aan de hand van de volgende maatstaven werden de patiënten aan het begin en aan het einde van elke zes weken beoordeeld: Knijpkracht van de hand in millimeters kwik, pijn bij druk op de metacarpofalangeaal gewrichten, bezinkingsnelheid van de erytrocyten en het subjectieve oordeel van de patiënt (vijf mogelijkheden). In de genoemde doseringen bleek phenylbutazon het beste analgetisch werkende middel bij reumatoïde artritis te zijn, gevolgd door respectievelijk amidopyrine en acetosal. Hoewel niet significant kwamen toxische reacties in omgekeerde volgorde in frequentie voor. De afdeling statistiek van T.N.O. verleende medewerking aan dit onderzoek.

Het komt referent voor, dat het voor de huisarts, die zich op het moeilijke gebied van het geneesmiddelenonderzoek begeeft, van nut zou kunnen zijn, wanneer hij kennis neemt van een dergelijk onderzoek, dat men als een schoolvoorbeeld zou kunnen betitelen.

G. J. Bremer

61—6r. Medicosocial work in a general practice. Backet, E. M., R. P. Maybin en M. Y. Dudgeon. (1957) *Lancet* I, 37. **Social work in general practice.** Dudgeon, M. Y. (1957) *Med. Off.* I, 347.

Het maatschappelijk werk in de huisartsenpraktijk is buiten ons land al lang ter discussie. In Engeland is de belangstelling vooral gericht op de taak van de „health-visitor” en de „almoner”.

De schrijvers delen hun ervaringen mede verkregen door een maatschappelijk werkster mee te laten werken in een huisartsenpraktijk. Belangrijk is het probleem hoe groot de behoefte aan medisch en maatschappelijk werk binnen een bepaalde bevolkingsgroep is en in het bijzonder gaat het om de vraag wanneer maatschappelijk werk nodig is. De houding van de huisartsen ten opzichte van dit probleem is zeer verschillend. Sommigen achten een oplossing van sociale problemen in de huisartsenpraktijk nodig, onafhankelijk van het feit of er een samenhang met medische problematiek is en of er om hulp gevraagd is. Anderen huldigen de stelling: „Don't trouble troubles until trouble troubles you.”

Het onderzoek werd verricht gedurende een jaar (1954-1955) in een praktijk van 1371 personen in een welvarende streek in Ierland, niet ver van een grote stad, waar praktisch geen armoede en werkloosheid bestond en waar het huisvestingsprobleem geen grote rol speelde. Het doel van het onderzoek was na te gaan hoeveel iemand met ervaring op het gebied van het maatschappelijk werk de huisarts kan helpen; een beschrijving te geven van de hoeveelheid en het soort werk dat de maatschappelijk werkster moet doen; de behoefte te bepalen aan in de huisartsenpraktijk benodigde maatschappelijke zorg en te peilen in hoeverre andere instanties in de problematiek waren betrokken.

Iedereen die tot de praktijk behoorde werd door de maat-

schappelijk werkster bezocht. Onder een „sociaal probleem” verstond men — om de moeilijkheid van een definitie te omzeilen — elk probleem, dat de maatschappelijk werkster ontdekte en dat de huisarts ook als zodanig kon kwalificeren. De problemen werden in negen groepen verdeeld. Problemen samenhangend met chronische ziekten; huwelijks- of gezinsproblemen en problemen met de bureu; problemen samenhangend met de ouderdom; problemen liggend op administratief gebied, verzekeringen enzovoort; huisvestingsproblemen; onvermogen persoonlijke of gezinsnormen te handhaven; financiële problemen; problemen samenhangend met eenzaamheid en andere problemen.

In totaal werden door de maatschappelijk werkster en de arts in 58 gezinnen 118 problemen gesignaleerd en waarbij door de maatschappelijk werkster ook maatregelen werden getroffen ter leniging van de nood. Met deze 58 gezinnen werd in 20 gevallen kennis gemaakt tijdens de medische behandeling en in 38 gevallen tijdens het routinebezoek van de maatschappelijk werkster. In verschillende gezinnen was de problematiek zeer gecompliceerd en waren verscheidene problemen aanwezig. Er konden geen maatstaven worden gegeven om de ernst van de situatie te meten, maar een aanwijzing hiervoor was de uitgebreidheid van de verleende hulp; 28 gezinnen werden een- of tweemaal bezocht en 30 gezinnen drie- of meermaal. De nood van de eerste groep gezinnen was meer incidenteel en acuut, terwijl de gezinnen uit de tweede groep moeilijkheden hadden die reeds lang bestonden, zoals wrijving met familie of bureu of vraagstukken samenhangend met chronische ziekte of ouderdom. 25 procent van deze groep van 58 gezinnen bleek 60 procent van het werk van de maatschappelijk werkster op te eisen. Ten bate van deze 58 gezinnen was 60 maal contact nodig met instanties werkend op het gebied van de maatschappelijke of gezondheidszorg. Een van de taken van de maatschappelijk werkster was de mensen aan te moedigen de huisarts te bezoeken, omdat er bepaalde lichamelijke klachten bestonden. Ten aanzien van de eerste doelstelling van het onderzoek bleek, dat speciaal bij moeilijkheden, die niet op medisch terrein lagen de maatschappelijk werkster de huisarts ter zijde kon staan, waardoor deze meer tijd had voor „real medicine”. Overigens vonden sommige huisartsen dit juist wel tot hun werk te behoren.

Ofschoon zodoende de maatschappelijk werkster de huisarts kon helpen, was het de vraag of ook de patiënt hiermee was gebaat. Sommige problemen waren zo ingewikkeld dat er geen oplossing mogelijk leek; de maatschappelijk werkster kon echter wel vaak een zeker evenwicht herstellen. 40 procent van de 118 problemen hadden iets te maken met ziek zijn. Hierdoor had de huisarts een entree bij de mensen en was hij de man, door wiens toedoen de sociale problematiek het gemakkelijkst kon worden benaderd. Een indruk omtrent de uitgebreidheid van de maatschappelijke zorg, die nodig was, gaf het aantal van 64 vraagstukken (van de 118), die door de maatschappelijk werkster werden ontdekt. Deze problemen behoorden tot de groep van de minder ernstige en waren niet bekend aan de huisarts.

In 6,4 procent van alle gezinnen was tenslotte problematiek aanwezig, waar geen enkele instantie iets van af wist en waar niemand iets aan deed. Andere sociale instellingen waren in 33 van de 58 gezinnen reeds werkzaam, doch de activiteiten waren ongecoördineerd en de geleverde diensten bleven beperkt. In slechts enkele gevallen was het werk van deze instantie bekend aan de huisarts en meestal was deze kennis niet langs officiële weg verkregen.

Samenvattend zeggen de schrijvers, dat een goed opgeleide maatschappelijk werkster in een praktijk met vierduizend personen een volle dagtaak heeft.

G. J. Bremer.

61—7r Social work in general practice. Dongray, M. (1958) Brit. med. J. II, 1220.

Dongray beschrijft haar ervaringen als medisch maatschappelijk werkster in een praktijk van vier huisartsen in Manchester met totaal twaalfduizend mensen (1955). In het begin van deze samenwerking was het niet geheel duidelijk welk werk de maatschappelijk werkster zou moeten doen. Wel werden twee moeilijkheden, waarmee de huisarts te kampen had, duidelijk. Deze hingen samen met de snelle ontwikkeling van de medische wetenschap in de laatste 20 tot 30 jaar en de snelle uitbreiding van allerlei sociale voorzieningen gedurende dezelfde periode.

Ten aanzien van het eerste punt wordt opgemerkt, dat de verhouding huisarts-gezin bijvoorbeeld bij de behandeling van een pneumonie enorm is veranderd. De behandeling komt nu neer op het geven van enkele injecties, terwijl vroeger gezin en huisarts samen tijdens deze ziekte een moeilijke tijd doormaakten, waardoor een sterke band ontstond. Wat betreft het tweede punt veroorzaakt dit bij de huisarts vaak het gevoel dat alles hem uit de hand wordt genomen en inderdaad is het voor hem vaak onmogelijk de gehele problematiek te overzien.

De ervaring van de schrijfster is, dat de huisarts door een maatschappelijk werkster belangrijk kan worden geholpen, waarbij haar taak vooral is goed gebruik te maken van alle mogelijke sociale voorzieningen en instanties. Dit leggen van de juiste contacten is een veel tijdvergende bezigheid, waarbij de huisarts goed hulp kan gebruiken. In de tweede plaats kan de maatschappelijk werkster vaak bijdragen leveren in het beter begrijpen van de gezinsproblemen, vooral omdat zij is getraind in het voeren van gesprekken en het doorzien van intermenselijke relaties. In het praktijkgebied waar werd gewerkt was het onmogelijk voor de huisarts alle gezinnen goed te kennen, daar de migratie groot was. In de derde plaats maakt de aanwezigheid van een maatschappelijk werkster (m.w.) het doen van „long-term case-work” mogelijk, dat wil zeggen het schept mogelijkheden bepaalde mensen of gezinnen voortdurend terzijde te staan.

De voordelen, indien een m.w. direct en uitsluitend aan een groep huisartsen verbonden is, zijn: er is direct hulp aanwezig indien de arts sociale moeilijkheden ziet;

de m.w. kan deelnemen aan besprekingen over patiënten, waarbij vaak geheel nieuwe gezichtspunten ter sprake komen; er bestaat een beter oordeel over het nut en de grenzen van het maatschappelijk werk. „To cure sometimes, to relieve often and to comfort always could then be accepted as applicable to social work as it is to medicine”;

de rol van de m.w. als medewerkster van de arts kan worden bestudeerd, waarbij de arts moet oppassen er geen afschuifstelsel van te maken — het maatschappelijk werk moet een aanvulling zijn op zijn werk, een verlengstuk, en er niet voor in de plaats komen;

er wordt een deel van de onbekende nood in de praktijk ontdekt — soms is er van een gezin veel bekend bij diverse instellingen, maar een overzicht van de totale problematiek is er niet en daarom doet zich de behoefte gevoelen aan één persoon, die de leiding van het case-work heeft;

er bestaat gelegenheid preventief werk te doen — steeds meer blijkt het belang van vroege diagnostiek en hulp bij moeilijkheden in het sociale vlak.

G. J. Bremer.

BOEKBESPREKING

Jack Schubert en Ralph E. Lapp: *Straling en stralingsgevaar. Em. Querido, Amsterdam 1960. Geïllustreerde Salamander, f 2,50.*

Dit boekje, voor Nederland bewerkt door P. J. L. Scholte en J. Weber en met een bijdrage van Prof. Dr F. H. Sobels, biedt de huisarts precies de documentatie, waarover hij in zijn gesprekken met patiënten moet beschikken. Het is beknopt, begrijpelijk en voor een luttel bedrag heeft men alle gegevens bijeen; een tien bladzijden omvattende lexicon maakt het gemakkelijk zich snel te oriënteren.

Het is een voor de huisarts geschreven boekje, van Amerikaanse origine en in de bewerking bijzonder goed aangepast aan Nederlandse verhoudingen. Gelet op de belangstelling

van het publiek — de dagbladen publiceerden kort geleden een door de Nederlandse Onderwijzers Vereniging uitgebracht rapport over deze materie — kan het gebeuren, dat uw patiënt het reeds heeft gelezen en nu de dokter eens komt „overhoren”. Het is prettig om dan daarbij terloops dit boekje op te slaan — uw N.T.G. is naar de binder en wie pakt nu zó'n deel terloops op? — en een verantwoord gesprek te voeren.

L. Façee Schaeffer

H. Blijham. *Psychosomatische factoren in het steriele huwelijk. 1961. Noordhoff, Groningen. 142 bladzijden. Prijs f 12,50 (ingen.).*

In dit boek behandelt de schrijver enerzijds enkele belangrijke aspecten van het steriele huwelijk, zonder echter dieper hierop in te gaan, anderzijds — en voornamelijk — een wetenschappelijke methode om tot verder inzicht te komen in de structuren van het steriele huwelijk in psychosomatisch opzicht.

In de zeer leeswaardige beschouwing vooraf (hoofdstuk I) vertelt de schrijver hoe hij onder de indruk is geraakt van de enorme menselijke problematiek en tragiek, die kunnen schuilgaan achter verschillende gynaecologische ziektebeelden. Het is hem opgevallen, dat slechts zeer zelden inzicht bestaat in de persoonlijkheid van de patiënten en in het verband met de wijze waarop de klachten en de symptomen kunnen functioneren binnen de totaliteit van de ziekten. Het schijnt, dat 10 procent van alle huwelijken steriel zijn en dat bij 20 procent hiervan geen somatische verklaring kan worden gegeven. Des te opvallender is dan ook het verschijnsel, dat in het merendeel van de literatuur over het steriele huwelijk zo weinig hierop wordt ingegaan. Toch geeft de schrijver in hoofdstuk II nog een uitvoerig overzicht van de verschillende meningen over de psychische en somatische structuren, al of niet in onderling verband bij man en vrouw in de kinderloze echtvereniging. Het blijkt echter, dat lang niet alle onderzoekers op wetenschappelijk goed gefundeerde wijze tot hun conclusies komen.

De schrijver geeft in de volgende hoofdstukken een methode aan die minder gemakkelijk tot het maken van dit soort fouten zal leiden. Het is een methode bruikbaar voor ieder psychosomatisch onderzoek: goed somatisch gericht onderzoek; vervolgens een aantal vragen, die door aantal en soort van vele categorieën voldoende gegevens verschaffen. De vragen worden door de onderzoeker voorgelezen terwijl de patiënt in het algemeen voor het antwoord de keuze heeft uit een zeer beperkte scala van mogelijkheden. De schrijver noemt dit een „enquêteringsmethode met vragen voorzien van keuze-antwoorden”. Tegenover het verlies in diepte, intensiteit en souplesse bij het onderhoud staat het voordeel, dat de gegevens zonder meer in tabelvorm kunnen worden bewerkt.

Voor een wetenschappelijk onderzoek is dit stellig een zeer bruikbare methode. Wanneer het therapeutische doel primair wordt gesteld is bijvoorbeeld de methode, die gebruik maakt van het opnemen van de zogenaamde biografische anamnese, zoals de schrijver terecht stelt, meer aangewezen.

Volgens zijn methode werkend komt de schrijver tot een aantal conclusies waarvan iedere huisarts zou moeten kennis nemen.

Het is jammer, dat de uitgave zo duidelijk de opzet en uitvoering van een academisch proefschrift heeft gehouden. De gegevens en resultaten van de medewerker zijn waarschijnlijk daardoor niet opgenomen. Ook de leesbaarheid heeft wellicht vooral door deze eenzijdigheid geleden. Al met al een uitgave, die menselijk, medisch en wetenschappelijk kan worden aanbevolen.

R. L. Cornelissen

HET LEZEN WAARD

„Wenken voor sprekers en schrijvers bij voordrachten en publicaties op wetenschappelijk en technisch gebied” is samengesteld door het Centraal Comité voor Voordracht en Publicatie, werkend onder auspiciën van enkele wetenschappelijke verenigingen. (Vierde druk, D. B. Centen's Uitgeversmaatschappij, Amsterdam, 1957; prijs f 1.25).

Dit boekje van 35 bladzijden bevat vele nuttige gegevens voor degenen die een voordracht willen houden of iets willen publiceren.