

## *Praktische hulp bij parkinsonisme\**

DOOR A. H. DEN HOLLANDER, HUISARTS TE KLUNDERT

In de studiegroep „revalidatie” van het centrum Breda van het Nederlands Huisartsen Genootschap, is onder meer besproken, welke praktische maatregelen de huisarts kan nemen voor een patiënt, lijdende aan de ziekte van Parkinson. Ondanks de beweringen in allerlei reclames zijn deze patiënten medicamenteus slechts matig te helpen, hoewel in de laatste jaren misschien wat meer verlichting kon worden gebracht.

Het in 1817 voor het eerst door James Parkinson beschreven ziektebeeld — door hem „shaking palsy” genoemd — paralyse agitans of ziekte van Parkinson is ons genoegzaam uit de praktijk bekend.

Met voorbijgaan aan de interessante klinische aspecten, van de pathologisch-anatomische beschouwingen, medicamenteus-therapeutische en operatief-therapeutische mogelijkheden wilde ik in het kort aangeven hoe wij in onze groep gedacht hadden met huis-, tuin- en keukengedachten deze patiënten het leven te vergemakkelijken en hen zo min mogelijk afhankelijk te maken.

Door zijn gefixeerde kyfotische rug, zijn benen in lichte flexie in de heupen en gebogen knieën en vooral ook door de traagheid van bewegen tengevolge van de rigiditeit, heeft de parkinsonpatiënt een heel labiel evenwicht en een zeer gering aanpassingsvermogen aan verplaatsing van zijn zwaartepunt. Het opstaan uit bed is meestal reeds een toer, waarbij hij moet worden geholpen. Met een eenvoudige lus met een stevige handgreep boven zich kan de patiënt zich zelf optrekken. Draait hij daarna zijn benen buiten het bed, dan is hij al een heel stuk gevorderd. Wanneer het bed dan op goede hoogte is gebracht, waardoor hij op de bedrand zittend met zijn voeten de grond raakt, kan hij, zichzelf opduwend, opstaan. Een zijkant aan het bed moet hem niet de mogelijkheid ontnemen de benen onder zijn zwaartepunt te brengen: dus géén zijkant.

Het aankleden is een heel probleem. Toch menen wij hier door het gebruik van ritssluitingen en andere eenvoudige sluitingen op goed bereikbare plaatsen ook veel goed te kunnen doen.

Wil de patiënt gaan zitten, dan gelden weer de moeilijkheden met het zwaartepunt. In een wat lage

stoel is de laatste fase van het gaan zitten onmogelijk voor hem en de patiënt valt in zijn stoel. Om dezelfde reden kan hij niet opstaan. Een stoel op juiste hoogte, zonder sporten aan de voorzijde, zodat patiënt zijn benen eronder kan schuiven, zal het voor hem gemakkelijker maken te gaan zitten en opstaan. Met zacht materiaal beklede armleuningen voorkomen decubitus.

Bij het lopen zal een stevige stok van veel waarde blijken te zijn, waarbij echter moet worden opgemerkt, dat patiënt hiermee niet te vroeg moet beginnen. Tijdens de maaltijden kunnen wij de patiënt op vele manieren te hulp komen. Zo hij verslaafd is aan soep of pap, geef hem dan hiervoor een beker. Een lepel geeft minder aanleiding tot morsen dan een vork. Wanneer deze wat dieper is dan normaal en eventueel gebogen om aan de reikwijdte van patiënt tegemoet te komen, dan zal deze zichzelf nog lang kunnen behelpen, vooral wanneer we hem ook nog een diep bord geven om het morsen te beperken.

Toch zijn al deze maatregelen slechts aanvullingen. Wie de parkinsonpatiënt bekijkt, ziet hoe zijn tremor onmiddellijk toeneemt wanneer de aandacht erop wordt gevestigd. Tijdelijk kan hij deze onderdrukken, maar daarna komt hij in verhevigde vorm terug. Van allesoverheersend belang is dan ook, dat de patiënt zich op zijn gemak voelt. Dit hangt af van zijn eigen instelling en van die van de omgeving.

Wanneer de patiënt zich bewust is van zijn toestand en deze accepteert, dus wanneer hij geestelijk een evenwicht weet te bereiken, zal hij elke maatregel dankbaar aanvaarden en die niet zien als een bewijs te meer van zijn invaliditeit. Wanneer hij bovendien weet, dat zijn omgeving eenzelfde inzicht heeft en hem accepteert zoals hij is, zonder verwijt vooral, maar ook zonder deernis, dan zijn de belangrijkste moeilijkheden overwonnen.

Persoonlijk meen ik dat het bereiken van deze laatste toestand, die ik misschien de „geestelijke revalidatie van de patiënt” zou mogen noemen, voor ons huisartsen de moeilijkste opgave is. Echter wel de belangrijkste, waarbij dan bovengenoemde technische hulpmiddelen de patiënt het vertrouwen geven, dat wij ook praktisch-materialistisch met beide benen op de grond staan.

\* Voordracht, gehouden op het achtste N.H.G.-congres te Utrecht, 30 november 1963.