

gewrichtsaandoeningen

DOOR G. J. SMEETS, ARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Reeds enige malen kwam in de diverse inleidingen het belang naar voren van niet-direct medische factoren bij de optimale behandeling van patiënten met chronisch-reumatische gewrichtsaandoeningen. Men vat deze factoren vaak samen onder de term „sociaal” en, om tot uitdrukking te brengen dat de zorg op dit gebied nauw geïntegreerd moet zijn in het medisch-therapeutisch handelen, spreekt men van „medisch-sociale zorg”.

Zowel De Blécourt als Goslings bezigden in hun inleidingen het adjectief psycho-sociaal. Hierin komt tot uitdrukking hoe nauw de sociale problemen der patiënten zijn verbonden met de wijze, waarop zij deze psychisch beleven. Wanneer de reumapatiënt de sociale nood, waarin hij zich bevindt, psychisch niet kan zien, niet kan aanvaarden, is het eerst zaak te achterhalen wat hiervan de reden kan zijn: geheel conform ons medisch handelen en denken moet ook op dit terrein eerst een diagnose worden gesteld. Pas daarna kan een prognose worden gesteld en met de psycho-sociale therapie worden begonnen, uitgaand van en geïntegreerd in de medische diagnose en therapie, zodat het komt tot een werkelijk integrale behandeling. Ook hier geldt: hoe vroeger de diagnose wordt gesteld, hoe meer succes. Het stemt tot voldoening dat ook Goslings in de term „nazorg” een zorg ziet met een aflopend karakter, zoals wij die kennen bij de tuberculose, vooral na ontslag uit het sanatorium.

De voortdurende dreiging van het meestal grillige beloop der chronisch reumatische aandoeningen maakt dat we steeds bedacht moeten zijn op mogelijke veranderingen in de medische situatie, welke sociale repercussies kunnen hebben, terwijl ook, onafhankelijk daarvan, de sociale situatie zich zo kan wijzigen, dat hierin voor de zieke ongewenste en voor de therapie belangrijke momenten naar voren kunnen komen. Naast medische controle op verschijnselen van toeneming van de activiteit van het ziekteproces, is iets soortgelijks nodig in het psycho-sociale vlak: we spreken dan van psycho-sociale begeleiding, welke een minder onvrij karakter moet hebben dan aan een echte controle nu eenmaal eigen is.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) onderneemt, zoals bekend, reeds een proef om op dit nog weinig bekende terrein te proberen de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde beter tot haar recht te laten komen door nauwe samenwerking met een medisch-maatschappelijke werkster. Bij de chro-

nisch-reumatische gewrichtsaandoeningen spreken men derhalve niet van nazorg, maar van gecontinueerde zorg.

In iedere provincie en in vele grote plaatsen zijn districtsverpleegsters of medisch-maatschappelijke werksters werkzaam bij de instellingen voor georganiseerde reumatiekbestrijding, consultatiebureaus en sociale adviesbureaus, welke zich op dit gebied speciaal hebben toegelegd. Hun adressen zijn de meeste wijkverpleegsters bekend, deze zijn ook te verkrijgen bij de provinciale bureaus der Kruisorganisaties. De mogelijkheden op dit gebied zijn zeer vele: er bestaan vele rijksregelingen, terwijl het particulier initiatief talloze initiatieven ontplooit, welke lokaal en regionaal een ware caleidoscoop vormen. Is het enerzijds van belang zoveel mogelijk van deze instellingen te kennen, anderzijds is het nodig om te weten onder welke voorwaarden men ervan gebruik kan maken. Men belove de patiënt nimmer dat een fonds of bureau dit of dat „wel in orde zal brengen”. Een van de moeilijke punten is, dat bij de financiering van voorzieningen de patiënt als regel zijn inkomen moet opgeven aan de hand van loonbriefjes of het biljet der inkomstenbelasting.

Wij zullen trachten binnen het korte bestek van deze inleiding op een aantal mogelijkheden te wijzen, welke in de praktijk bij vele collegae nog vaak onvoldoende bekend blijken te zijn. De aard van de medisch-sociale zorg wordt vooral bepaald door de beperkingen veroorzaakt door de irreversibel gebleken verminderde beweeglijkheid der gewrichten: wat de patiënt dus niet meer kan doen ten gevolge van zijn ziekte en door de beperkingen opgelegd door de medische voorschriften, voorzover gericht op het vermijden van overbelasting: wat de patiënt dus niet meer mag doen in het kader van de leefregel.

Zoals Bakker reeds opmerkte, is het nodig dat de patiënt zelf voldoende weet omtrent de aard van zijn ziekte, wil hij therapeutische consequenties kunnen dragen. Dit geldt evenzeer voor de therapie in het medisch-sociale vlak, waarbij bovenstaande indeling behulpzaam kan zijn. Men dient zijn sociale maatregelen vooral te richten op de indicatie leefregel, pas dan is er sprake van echte medisch-sociale therapie.

Wordt de aard van de hulp primair bepaald door de ziekte, hij wordt ook bepaald door de plaats welke de patiënt in de gemeenschap inneemt. Het blijkt in de praktijk nuttig hierbij de navolgende categorieën te onderscheiden: kind - gehuwde man - huisvrouw - ongehuwde werkende man of vrouw.

* Huisartscursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.

Op de eigen problematiek die het bejaard zijn medebrengt, zullen we hier niet ingaan.

Het kind, dat door een Morbus Still, juveniele reumatoïde artritis, ernstige bewegingsbeperkingen kan krijgen, zelfs bij intensieve behandeling, wordt wel zeer ernstig bedreigd in zijn toekomstige arbeidsmogelijkheden. De beste kansen blijken te liggen in de administratieve sector. Een goede schoolopleiding is dan ook onmisbaar. Zodra de medische diagnose is gesteld en het kind niet al te ziek is, dient het onderwijs, hoe gering van omvang ook, aan het ziekbed te worden voortgezet. Het is van het grootste belang dat het chronisch zieke kind niet ook psychische scheefgroei gaat vertonen. Het is naar mijn mening de taak van de huisarts de ouders voor dit gevaar te waarschuwen. Vele onderwijzers zullen bereid zijn hun zieke leerlingen thuis te helpen. Er bestaan diverse mogelijkheden om de eventuele kosten van huisonderwijs te dragen. In een aantal gevallen zal plaatsing op een mytylschool mogelijk zijn. Daar kan overdag de behandeling worden voortgezet tijdens de lessen en meestal verzorgt een dergelijke inrichting het transport van en naar huis. In sommige plaatsen bestaat een speciale vereniging voor huisonderwijs aan zieke kinderen. De districtsverpleegster voor de reumabestrijding is hiervan op de hoogte. Langdurige klinische behandeling tenslotte dient daarom slechts plaats te hebben in een inrichting die over onderwijsmogelijkheden beschikt.

Het is van het grootste belang reeds vroeg vast te stellen in welke richting de verdere ontwikkeling van het kind moet worden gezocht. Men moet hiermede niet wachten tot het leerplan van de lagere school geheel is doorlopen. Beroepskeuze-adviseurs van bureaus op levensbeschouwelijke grondslag, van arbeidsbureaus en van schoolartsendienst of van de Gemeentelijk Geneeskundige Dienst (G.G.D.) hebben vaak lange wachtlijsten, terwijl ook het uitwerken en overleggen, het aanvragen van studiegelden en de financiering van aangepast vervoer veel tijd kunnen vergen. Hier geldt bovendien de stelling: hoe meer gehandicapt iemand is, des te meer onderwijs heeft hij nodig om straks aan het werk te kunnen. Nauw overleg tussen behandelend arts en beroepskeuze-adviseur is onontbeerlijk. Bij het stellen van de prognose moet rekening worden gehouden met de gevolgen van mogelijke exacerbaties.

Het hanteren van pen of potlood kan aanzienlijk worden vergemakkelijkt door een plastic houder, welke de druk verplaatst naar handpalm en handrug. Het vele schrijfwerk bij voortgezette studie vereist, kan zoveel overbelasting voor de vingergewrichten meebrengen dat soms alleen een elektrische typemachine een oplossing kan betekenen.

De vrijetijdsbesteding is voor het kind, wil het zich psychisch zo normaal mogelijk ontwikkelen, zeer belangrijk. Bezigheid in de vorm van zinvolle, creatieve arbeid kan aan huis worden verschaft door de afdeling Welfare van het Rode Kruis. De arts

moet toezien op de aard van het werk. Tegen weven, knoopwerk of grof doorstopwerk is als regel weinig bezwaar aan te voeren. De padvindstersorganisaties hebben aparte afdelingen voor gehandicapte kinderen die schriftelijk contact met elkander houden en enkele malen per jaar gezamenlijk week-ends doorbrengen. Ook het Jeugd-Rode Kruis ontplooit in vele plaatsen activiteiten voor zieke leeftijdsgenootjes. Enige organisaties houden vakantieweken voor gehandicapte kinderen, hetgeen ook bijzonder prettig is voor de ouders, die vaak zeer gebukt gaan onder de voortdurende zorg voor hun kind.

De financiering van voortgezet onderwijs en vakopleiding is vaak mogelijk volgens de zogenaamde Gehandicaptenregeling, waarvan de uitvoering is opgedragen aan de gemeenten *. Hetzelfde geldt voor de vervoermiddelen, voorzover deze ook bij de toekomstige beroepsuitoefening nodig zullen zijn. In het algemeen kunnen wij stellen dat een medisch noodzakelijk geachte voorziening voor een reumapatiënt nimmer op werkelijke financiële bezwaren behoeft te stuiten. Kunnen namelijk gemeentelijke en lokale levensbeschouwelijke organen niet of niet voldoende helpen, dan kan steeds een beroep worden gedaan op het Nationaal Reumafonds. Voorwaarde is dat de aanvraag vergezeld gaat van een verklaring van een reumatoloog, die aangeeft waarom tegen de voorgestelde verstrekking geen bezwaar bestaat. Een andere algemene regel is — en deze geldt voor alle fondsen en instellingen —: nimmer kunnen gelden worden verstrekt voor voorzieningen welke reeds hebben plaatsgevonden.

De ziektekosten kunnen voor de betrokken ouders door vele kleine extra uitgaven zeer hoog oplopen: ziekenhuisbezoek, extra voeding, extra slijtage van schoenen, beddegoed en pyjama's. Vele ouders weten niet dat zij aftrek kunnen krijgen van loonbelasting in de komende kwartalen of dat zij via een biljet voor de inkomstenbelasting over het afgelopen jaar alsnog restitutie kunnen krijgen.

Over het vervoer moeten wij kort zijn. Uit de mededeling van Bakker blijkt hoe talrijk de mogelijkheden zijn op het gebied van rolstoelen en dat er ook voor de moeilijkste gevallen welhaast steeds een oplossing kan worden gevonden. Het advies betreffende een vervoermiddel voor gebruik buitenshuis, van een op dit gebied ervaren deskundige kan zeker niet worden gemist, daar de problemen zoveel groter en de commerciële aanbiedingen dienovereenkomstig talrijker zijn. Enkele korte opmerkingen hieromtrent mogen volgen. Men moet steeds duidelijk aangeven welk vervoermiddel wordt bedoeld. Men moet dus niet spreken van invalidewagen, maar van rolstoel, zelfbeweger, gemotoriseerde driewieler, duwwagen, enzovoort.

Een wagen welke in huis als rolstoel is te gebruiken en buiten tevens goed voldoet als duw-

* Na de invoering van de Algemene Bijstandswet opgenomen in „Rijksgroepsregelingen Gehandicapten”, waardoor allerlei verstrekkingen, die een gunst waren, nu rechtsplicht van de overheid zijn geworden.

wagen, bestaat nog steeds niet. Indien er een deskundig advies is uitgebracht omtrent het type wagen, moet men steeds merk, type-nummer, gewenste hoogte en speciale voorzieningen nauwkeurig vermelden, om te voorkomen dat door de financierende instelling — met of zonder advies van haar medisch adviseur — een ander type wordt geleverd dat „net zo goed en veel goedkoper is”. Een eenvoudig hulpmiddel om oudere kinderen trappen op en af te dragen is een draagband, welke om de schouders wordt gedragen.

Bij de man staat arbeidsaanpassing op de voorgrond. Ook hier is het zaak vroeg te beginnen daar tewerkstelling in een ander beroep na het 45ste jaar op zeer grote moeilijkheden stuit. Voorlichting van de patiënt omtrent de aard van zijn ziekte en het doel van de behandeling, vooral met betrekking tot het vermijden van overbelasting, is een eerste vereiste tot welslagen.

Wanneer een patiënt die lijdende is aan reumatoïde arthritis zakelijk vraagt of hij invalide zal worden, moet men niet antwoorden dat „de bezinking de laatste tijd zo mooi rustig is”. Men geeft de patiënt een reële, goede hoop als men in nuchter Hollands mededeelt dat bij deze ziekte kans bestaat op invaliditeit, maar dat de patiënt zelf al het mogelijke kan bijdragen om deze zoveel mogelijk te voorkomen door zich vroegtijdig te laten behandelen, deze behandeling vol te houden en de gegeven adviezen op te volgen, vooral wat betreft oefenen, leefregel en aanpassingen in het sociale vlak.

Primair is een nauwkeurige analyse van zijn tegenwoordige werk nodig, om te zien of hierin overbelastende momenten schuil gaan. Aanpassing van de bestaande werkkring is in vele gevallen uitvoerbaar door betrekkelijk eenvoudige voorzieningen, welke het mogelijk maken staande arbeid zittend te verrichten. Een enkel voorbeeld: door een draaibank 60° te kantelen kan de metaalarbeider, die niet al te zware stukken behoeft te hanteren, zijn werk vanaf een hoog krukje, zelfs vanuit een rolstoel verrichten. Contact met bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werkster of personeelschef kost weliswaar enige tijd, doch blijkt in dergelijke gevallen vaak zeer de moeite waard. Is de aanpassing immers niet mogelijk, dan biedt overplaatsing binnen het bedrijf vaak een goede oplossing. Dit kan gepaard gaan met bijscholing. Ook kan algehele omscholing naar een ander beroep nodig zijn. Hieraan dient weer een uitgebreide beroepskeuzetest vooraf te gaan. Het Gewestelijk Arbeidsbureau kan hiervoor zorgen. Het heeft een sectie Bijzondere Bemiddeling (B.B.), welke gehandicapten behulpzaam kan zijn bij het vinden van aangepaste arbeid. De bekende vereniging Arbeid Voor Onvolwaardigen (A.V.O.), welke in elke provincie een zogenaamde buitendienst-ambtenaar heeft, helpt op soortgelijke wijze.

Het is ook hier weer zaak niet te lang te wachten, bijvoorbeeld tot de patiënt is „uitgetrokken” van de ziektewet. Keuring, test en bemiddeling vragen nu eenmaal veel tijd, terwijl het funest is voor vele ar-

beiders, als zij te lang van iedere bemoeiing omtrent hun werk zijn verstoken. Vooral voor reumapatiënten is het van belang dat zij zoveel mogelijk zelf werkzaam zijn op dit gebied: zelf afspraken maken, zelfstandig instanties bezoeken. Het vermindert hun afhankelijkheidsgevoelens en hun gevoel van eigenwaarde groeit als ze dank zij hun moeite ook slagen („zelf gevonden”). De omscholing kan plaats hebben in het bedrijf of op een Regionale (vroeger: Rijks-) Werkplaats. Het Rijk komt in de noodzakelijke kosten verregaand tegemoet. Lukt dit alles niet, dan is er nog de mogelijkheid van beschutte arbeid op een der beschuttende werkplaatsen van gemeente: Gemeentelijke Sociale Werkplaats (G.S.W.) of van de A.V.O.

In grote lijnen komt de arbeidsaanpassing steeds neer op het overnemen van de functie van het zieke gewricht door een ander gewricht (pedaal inplaats van handle). Men moet trachten te bereiken: verandering van staand naar zittend werk, van zware arbeid naar lichter werk, van nat werk in een koude omgeving naar droog werk in een warme omgeving.

Sommige reuma-patiënten verdienen na arbeidsaanpassing tenslotte meer dan voor hun ziekte. Vaak echter is achteruitgang in loon het gevolg en wordt de invaliditeitsrente ingetrokken of gekort. Er mogen dus nooit te hoge verwachtingen worden gewekt bij dergelijke patiënten. Men mag nimmer iets aan de patiënt beloven — dit geldt trouwens voor iedere sociale therapie — en slechts zeggen dat „als er iets aan gedaan kan worden, ze het daar het beste kunnen bekijken”. Wij moeten steeds begrip tonen voor de voorkeur of afkeur die de patiënt heeft ten aanzien van een beroep. Een omschakeling kan niet alleen verstandelijk worden benaderd. Steeds dienen wij ons af te vragen, „wat betekent dit werk voor deze man?” Als de patiënt vanaf het begin der ziekte psychisch goed wordt opgevangen, komt hij tijdens de verdere begeleiding tot een ziekte-aanvaarding welke een reële keuze mogelijk maakt. Indien wij zelf de zaken tijdig hebben aangepakt, zullen wij de termen „ziektewinst” en „renteneurose” veel minder behoeven te hanteren.

Tenslotte zij nog gewezen op de mogelijkheid van sollicitaties bij het Rijk. Indien de arbeidsarts van het Gemeentelijk Arbeids Bureau (G.A.B.) hiervan op de hoogte is, kan deze volgens een speciale regeling zijn invloed aanwenden bij de bedrijfskeuring door de Rijksgeneeskundige Dienst.

Aangepast vervoer naar het werk is vaak nodig. De financiering van de aanschaf is steeds mogelijk, we zagen dit reeds bij de bespreking van de problemen betreffende het kind. Gewezen moet echter worden op de grote exploitatiekosten van een invalidenauto, hoewel vele bedrijven bereid blijken hierin tegemoet te komen. Door sociale fondsen worden exploitatiekosten niet gefinancierd, evenmin als de aanschaf van een auto voor ernstige invaliden, die niet werken en die hem alleen maar nodig hebben om uit hun isolement te worden verlost en welke ernstige invalide heeft dit psychisch niet nodig?

Voor de invalidewagens dient een goed bereikbare stalling vlakbij de woning beschikbaar te zijn.

De huisvrouw heeft tot taak een leefbaar milieu te maken voor haar gezin. Haar werkzaamheden zijn zeer vele en variëren van zeer zwaar tot licht werk. Door aanpassing van de huishouding kan zij verregaand in staat worden gesteld haar taak te blijven vervullen. Als vuistregel geldt: driekwart uur werk, hetwelk slechts staand en lopend en in een kalm tempo kan worden verricht, daarna telkens een kwartier zittend werk doen. Verder node-loos staan vermijden door aanschaf van een hoog krukje in de keuken, te gebruiken bij vaatwassen, koken, groenten schoonmaken en strijken. Het kost veel overredingskracht om het eeuwenoude cultuurpatroon te doorbreken. De mededeling dat alle huishoudscholen tegenwoordig hun cursisten leren om alles zoveel mogelijk zittend te doen, met name strijken, wil wel eens helpen. Het belangrijkste is echter ook hier dat de patiënte begrijpt waarom zij haar zieke gewrichten moet sparen. Voor het zwaardere werk, schrobben, zemen, boenen, zal ze op den duur, doch liefst niet te laat, hulp moeten aanvaarden van familieleden of betaalde krachten.

Waar deze hulp van tijdelijke aard is — bedrust tijdens exacerbaties — zullen de instellingen voor gezinshulp en gezinszorg uitkomst kunnen brengen. Voor permanente hulp zal men, afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden, een andere oplossing moeten vinden. Hulp voor enkele uren per dag of enige halve dagen per week is ondanks de schaarste op de arbeidsmarkt, na enig zoeken altijd wel te vinden. Men houde zich hierbij aan het bekende „groene boekje” dat de behandelend arts aanraadt het bepalen van de mate van hulp over te laten aan daarin geschoolde krachten. Steeds moet men ook aan de financiële consequenties denken, welke deze hulp, ook die van Gezinszorg, in zekere mate met zich medebrengt. Tenslotte mag niet vergeten worden dat het aanvaarden van een vreemde hulpkracht bij de huisvrouw op even grote irrationele weerstanden kan stuiten als de beroepsverandering bij de man. Vanuit het beginsel dat de patiënt zoveel mogelijk alle bezigheden zelf moet kunnen blijven verrichten, moet worden bezien welke hulpmiddelen en aanpassingen hierbij van nut kunnen zijn.

Het huis is de werkplaats van de huisvrouw en hierop dient allereerst de aandacht te zijn gericht: een benedenwoning gelijkvloers voorkomt het overbelastende trappenlopen en maakt uitgaan per invalidenwagen mogelijk. De Blécourt heeft bij zijn desbetreffend onderzoek aannemelijk gemaakt dat een vochtig huis geen gewrichtsreuma veroorzaakt. Maar in een droge, behoorlijk verwarmde woning voelen de patiënten zich minder stijf en pijnlijk dan in een vochtig huis. Dit mag er echter nimmer toe leiden een patiënt te adviseren maar liever op een eerste etage te gaan wonen omdat het daar minder koud zou zijn dan beneden: beter de kachel wat harder gestookt dan trappen lopen.

Is de huisvrouw rolstoelpatiënte dan moet de woning, vooral de keuken, voldoende ruim zijn om met een rolstoel te kunnen manoeuvreren. Het aanrecht moet dan verlaagd worden, er moet ruimte onder de gootsteen voor de benen en er moeten kastjes op reikhoogte worden gemaakt, het kookstel moet op aanrechtniveau worden gebracht en de kraan moet met een handle worden verlengd. Elektrische apparatuur, van lichtgewichtstrijkijzer tot wasautomaten toe, biedt vele mogelijkheden.

Het is ondoenlijk hier een overzicht te geven van de honderden hulpmiddelen op dit gebied. De districtsverpleegsters voor de reumabestrijding beschikken over demonstratiemateriaal en afbeeldingen en zij kunnen vertellen waar deze apparatuur verkrijgbaar is. Hetzelfde geldt voor de hulpmiddelen bij aankleden en toiletmaken.

Hoe meer de invalide vrouw aan huis is gebonden, des te belangrijker is het dat haar woning een prettig uitzicht heeft. Als de woning niet al te ver van een winkelcentrum ligt, kan de huisvrouw haar eigen inkopen blijven doen. Velen wonen bij voorkeur in de buurt van familieleden, die hun in kwade tijden de helpende hand kunnen bieden. In overleg met de woningbouwvereniging is vaak reeds veel te bereiken. Voor verbouwing van bestaande woningen bestaan Rijkssubsidieregelingen, evenals voor de nieuwbouw van aangepaste woningen, zowel in de sector van de Woningwet- als van de premiebouw. Inlichtingen verstrekt de directeur van het provinciaal Directoraat voor de Volkshuisvesting.

De ongehuwde werkende man en vrouw bieden wel de grootste sociale problemen. Naast aangepaste arbeid, moeten zij bovendien hun eigen huishouding voeren. Met veel zoeken is nog wel eens een geschikt pension te vinden. Plaatsing van ernstige gehandicapten in een tehuis is naar mijn mening pas dan gerechtvaardigd wanneer alle andere mogelijkheden goed zijn onderzocht. De gemeentelijke overheid dient bovendien te beseffen dat opname in een tehuis ook financieel veel grotere consequenties met zich medebrengt dan handhaving in een zoveel mogelijk aangepaste omgeving. Juist bij deze categorie willen wij nogmaals wijzen op het gunstige psychische effect dat, naast de normale steun van de begeleidende arts, uitgaat van een zinvolle vrije-tijdsbesteding. Welfare werk, boeken en tijdschriften van het Rode Kruis, verzamelen en andere hobby's, clubmiddagen van diverse Invalidenbonden en ziekenbezoek uitgaande van kerkelijke organisaties, geleide bij bioscoop- en schouwburgbezoek enzovoort, kunnen hier een belangrijke rol spelen. Inschakeling hiervan kan natuurlijk alleen zinvol zijn als men uitsluitend met toestemming van de patiënt, de betrokken organisaties inschakelt.

Het zal na het voorafgaande duidelijk zijn, dat op sociaal gebied veel kan worden gedaan voor reumapatiënten mits men er tijdig mede begint en zijn patiënt op de juiste manier verwijst. Als de huisarts de integrerende figuur wil blijven in het ingewik-

kelde bestel van medische en sociale voorzieningen, zal hij ook de tijd moeten vinden voor het vele wederzijdse overleg dat nu eenmaal nodig is, wil zijn patiënt onder optimale omstandigheden zo lang mogelijk op zijn plaats kunnen blijven gehandhaafd.

Samenvatting. Een overzicht wordt gegeven van de belangrijkste sociale problemen, waarmee de patiënt met chronisch gewrichtsreuma wordt geconfronteerd. Onderwijs, aangepaste arbeid, vervoer, huisvesting en vrije-tijdsbesteding vormen met wisselend accent, de voornaamste sectoren van medisch-sociale zorg. Deze worden afzonderlijk nagegaan voor het kind, de man, de huisvrouw en de ongehuwde werkende man en vrouw. Gewezen wordt op het belang van de leefregel als uitgangspunt hierbij.

Van de zeer bonte staalkaart van mogelijkheden wordt een aantal genoemd. Met name blijken financieringsproblemen van medisch noodzakelijk geachte voorzieningen nimmer overkomelijk te zijn. Steeds weer wordt beklemtoond hoe belangrijk het is om de patiënt vroeg in te lichten omtrent de aard van zijn ziekte, wat de betekenis is van een vroege sociale

aanpassing voor zijn optimale behandeling en van het op de juiste manier verwijzen naar de betrokken instelling. Psychische steun, ook in de vorm van een langdurige begeleiding, is hierbij zeer belangrijk.

Summary. Social care. A review is presented of the principal social problems with which patients suffering from rheumatoid arthritis are confronted. The principal fields of medicosocial care are, in varying order of importance, education, adapted work, transport, accommodation and leisure time activities. These are considered separately for children, family heads, housewives, and unmarried working men and women. The importance of the regimen as a starting-point in this respect, is pointed out.

A number of the broad range of possibilities is discussed. In particular, the financing of provisions considered medically necessary need never be an insurmountable problem. Again and again, emphasis is placed on the importance of early education of the patient about the nature of his disease, the significance of early social adaptation for optimal treatment, and correct referral to the agency involved. In this context, great importance is attached to psychological support, sometimes in the form of prolonged accompaniment.

Huisarts en health visitor te Liverpool

Liverpool is een industriestad met een bevolking van ruim 900.000 inwoners. Hoewel aan de rand van de stad grote moderne woningcomplexen worden gebouwd, wordt de aandacht van de bezoeker toch vooral getrokken door de uitgebreide sloppenwijken in deze havenstad. Volgens gegevens van de sociaal-geneeskundige dienst in Liverpool zijn ongeveer 100.000 personen, behorende tot 45.000 gezinnen onvoldoende gehuisvest. Geen wonder dat de autoriteiten dit huisvestingsprobleem opvatten als een van de meest ernstige problemen, waar men reeds jaren mee worstelt.

In 1963 bereikten de sociaal-geneeskundige dienst 8.000 verzoeken voor een nieuwe woning op medische indicatie. In de eerste acht maanden van 1964 waren dit reeds 12.000 aanvragen. Van deze aanvragen werd 90 procent gedaan door huisartsen. In Engeland kent men niet het systeem van gescheiden behandeling en controle. Evenals de huisarts daar zelf zijn „first, intermediate and final certificate” afgeeft tijdens een ziekte van de patiënt, waardoor een medische controle meestal achterwege kan blijven, geeft hij ook certificaten af voor andere doeleinden.

Een van deze certificaten is het in Engeland bekende „pink housing certificate”. Wanneer een patiënt meent, dat hij voor betere huisvesting in aanmerking komt, wendt hij zich tot zijn huisarts, die een dergelijk certificaat zelden zal weigeren. Deze aanvragen komen bij de sociaal-geneeskundige dienst van de gemeente, die in Liverpool onder leiding staat van Prof. A. B. Semple (een gedeelte van de hier genoemde gegevens werd door Prof. Semple verstrekt tijdens een symposium over sociaal-geneeskundige aspecten in de huisarts-patiënt-relatie, dat in oktober ten vorige jare te Liverpool werd gehouden). Bij iedere aanvrager wordt daarna door een „health-visitor” een bezoek gebracht teneinde de ernst van het geval te kunnen bepalen. Wanneer men weet dat in 1963 (8.000 aanvragen) 180 huizen ter beschikking stonden voor medische indicatie, waarvan 90 voor gevallen van tuberculose, kan men indenken welke discrepantie er in deze stad bestaat tussen wat wenselijk is (en waar men hard aan werkt) en wat in werkelijkheid te effectueren valt. Krijgt men in de sloppenwijken een gedeelte leeg, dan wordt dit in snel tempo afgebroken en op deze plaatsen verschijnen meestal hoge flatgebouwen, waarna weer opschuiving kan plaatsvinden. Deze sombere sloppenbuurten, waarvan men zich haast geen voorstelling kan maken, wanneer men er niet zelf doorheen heeft gedwaald, zijn een aspect van deze industriesteden, waarvoor ik in Nederland geen vergelijkingsobject zou kunnen bedenken.

Vaak blijkt er echter bij de bevolking weinig animo te bestaan om uit de sloppenbuurten te verhuizen naar de moderne flats en niet zelden vraagt men na korte tijd weer een nieuwe woning aan in een „oude” buurt.

De gemeente Liverpool heeft een groot aantal „health-visitors” in dienst. Dit zijn verpleegsters, die na hun opleiding een jaar cursussen volgen voor hun diploma „health-visitor”. In Liverpool kunnen alle 450 huisartsen een beroep doen op deze dienst om een „health-visitor” aan hun praktijk te verbinden. Al naar gelang de regeling, welke de huisarts hiervoor wenst te maken, komt de „health-visitor” een of meer malen per week op een afgesproken tijd langs om over de te bezoeken gezinnen te spreken.

Van de 450 huisartsen werken 170 „single-handed”, zoals de huisarts in Holland pleegt te werken; 166 werken in een groepspraktijk van twee artsen; 96 in één van drie, 8 in één van vier en 5 in een groepspraktijk van vijf artsen. Hoewel hier de mogelijkheden tot het aantrekken van een „health-visitor” dus zeer gunstig liggen, blijkt men in de grote groepspraktijken helemaal niet met de „health-visitor” te willen werken, terwijl er in de andere praktijken zelden of nooit van deze gelegenheid wordt gebruik gemaakt. Terecht vroeg Prof. Semple zich af, wat hiervan de reden kon zijn en in de discussie bleken hiervoor verschillende redenen door de aanwezige huisartsen naar voren te worden gebracht. Een belangrijk argument was dat de wijkindeling van de „health-visitors” niet overeenkwam met die van de artsen. Een arts, die zijn patiënten in verschillende wijken van de stad bezocht, zou dus afspraken moeten maken met verschillende „health-visitors”. Hiervoor bleek men in de praktijk terug te schrikken. Andere artsen zeiden dat zij „nooit iets van de „health-visitors” hoorden”. Het antwoord was, dat men toch wist, dat zij bestonden en dat men zich dan tot de desbetreffende dienst kon wenden. Een soort prestige kwestie dus. Sommige artsen waren van oordeel, dat de „health-visitors” met hen moesten komen kennis maken. Hierop antwoordde Prof. Semple met enkele voorbeelden van „health-visitors”, die dit hadden geprobeerd en na urenlang antichambren als een artsbezoeker waren behandeld (iets wat weer te denken geeft over de positie van de artsbezoeker in Engeland!).

Natuurlijk werden er ook voorbeelden genoemd van zeer goede samenwerking van „health-visitors” met de huisartsen, maar over het algemeen bleken deze twee groepen van werkers op medisch terrein elkaar nog maar zeer weinig te hebben gevonden ondanks de mogelijkheden, die hier van hogerhand voor worden geboden. Vooral met het oog op de ontwikkeling van de relatie huisarts-maatschappelijk werkster in ons land geeft dit te denken.

Zou het zijn dat, evenals bij de ontwikkeling van de health-centres in Engeland, een pogen van hogerhand bij voorbaat tot mislukking is gedoemd, maar dat ontwikkelingen, die van de huisartsen zelf uitgaan, meer succesvol zullen blijken te zijn? Laten wij dit laatste hopen! R. S. ten Cate