

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