

Vragen aan de echtgenoot.

32. Hoe vindt u het dat uw vrouw de „pil” gebruikt: prettig;
niet prettig;
maakt geen verschil.
33. Vindt u dat uw vrouw sedert het gebruik van de „pil” veranderd is: ja/nee
Zo ja: rustiger;
meer prikkelbaar;
dikker;
klaagt veel;
34. Heeft voor u de samenleving aan waarde gewonnen, vindt u het prettiger: ja;
nee;
geen verschil.
Zo neen, waarom niet:
35. Als er een „pil” voor mannen zou worden gemaakt, zou u die dan willen nemen: ja/nee
Zo neen, waarom niet:
36. Wilt u nog kinderen in de toekomst: ja/nee
37. Wat vindt u het ideale aantal kinderen: één; twee;; drie; vier of meer.
- Vragen aan beiden:*
38. Bent u het helemaal samen eens over het gebruik van de „pil”: ja/nee
Zo neen, waarom niet:
39. Hebt u andere opmerkingen: ja/nee
Zo ja, welke:
40. Wilt u een persoonlijk gesprek: ja/nee

Huisarts en revalidatie

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

Analoog aan de situatie op chirurgisch gebied zou men kunnen spreken van „grote” en „kleine” revalidatie. De grote revalidatie is multidisciplinair en specialistisch; het geschiedt in bepaalde centra en valt als zodanig onder het zogenaamde derde échelon van de geneeskundige voorzieningen. In het eerste échelon van deze voorzieningen - het terrein van de huisarts - vindt de kleine revalidatie plaats. Het begrip „kleine” dient in dit geval geenszins als denigrerend te worden opgevat. Kleine revalidatie komt veel vaker voor dan grote.

Het is voor de patiënten van het grootste belang dat zo spoedig mogelijk na het ongeval of ziek worden met revalidatie wordt begonnen. De meeste patiënten zullen dan nimmer aan het tweede of derde échelon behoeven toe te komen. Vroeg begonnen kleine revalidatie kan grote revalidatie voorkómen. Wat dit betreft gaat de vergelijking met de chirurgie niet op.

Daarbij is er nog een ander belangrijk verschil. Bij de revalidatie gaat het primair niet om een tech-

niek waarvan men zich bedient, maar vooral om een instelling, een attitude. In tegenstelling tot wat men in de geneeskunde is gewend, is het de bedoeling het gebrek of het ziekelijke defect te relativeren. Men moet dus oog hebben voor datgene in de patiënt wat nog gezond genoeg is om daarop een beroep te kunnen doen ter compensatie van het defect.

Een derde belangrijk verschil met de chirurgie hangt samen met het multidisciplinaire karakter van de grote revalidatie. Dit impliceert dat men, als eenling te werk gaande - hetgeen in het eerste échelon regel is - bij de revalidatie de andere disciplines als het ware in zich moet corporeren. Nu is dit voor de huisarts niet zo vreemd en onnatuurlijk als het op het eerste gezicht lijkt. Als voorpost moet hij toch al min of meer polyvalent werkzaam zijn. Daar hij veel dichter bij zijn patiënten in hun natuurlijke omgeving staat dan andere artsen, is hij reeds gewend meer met hun psychische en sociale aspecten rekening te houden. Hij kent hun gezin

en hun huiselijke milieu uit herhaalde eigen aanschouwing, hij weet iets van het affectieve en opvoedkundige klimaat dat aldaar heerst en hij is dikwijls ook op de hoogte met het werk van zijn patiënt en diens sociale positie. Door het longitudinale karakter van zijn contacten kent hij zijn patiënten als personen met een eigen geschiedenis. Dit alles maakt het voor hem gemakkelijker de bij de revalidatie zo belangrijke, niet-somatische aspecten in zijn denken en doen te betrekken. Men denke in dit verband bijvoorbeeld aan het belang van de motivatie van de patiënt tot revalidatie. Juist de huisarts zal dikwijls kunnen weten hoe hij het beste op de patiënt een appèl kan doen.

* * *

Uitgaande van de indeling van de gezondheidszorg in échelons kan men ook in de revalidatie drie niveaus onderscheiden, waarbij het belang van het aandeel van de huisarts van boven naar beneden toeneemt.

1 Revalidatie in het derde échelon. De bestrijding van de invaliditeit vindt hier als het ware in de achterhoede plaats. Het gaat in de regel om ernstige, meestal reeds geruime tijd bestaande en gecompliceerde gevallen van invaliditeit. Bij deze specialistische revalidatie die in bepaalde centra plaatsvindt, kan de huisarts slechts een ondergeschikte rol vervullen. Het is echter wel mede zijn taak de patiënten die hiervoor in aanmerking komen, op te sporen, te selecteren en op de goede manier te verwijzen, dat wil zeggen de juiste weg te wijzen en hen daarbij - voorzover nodig en mogelijk - te begeleiden.

Verwijzen mag echter geen „wegwijzen” betekenen. De voorbereiding van de patiënt op de overplaatsing naar het centrum, de voorlichting ten aanzien van de te verwachten resultaten en de wijze van introductie zijn van groot belang voor de verdere gang van zaken. De huisarts zal goed eraan doen om, indien enigszins mogelijk, het contact met de patiënt zolang deze in het centrum verblijft, te behouden. Wanneer hij wat dit betreft actief is, terwijl hij daarbij ook contacten moet leggen en onderhouden met de behandelende specialisten, kan hij een stem krijgen in de opstelling van het plan de campagne. Dit is met name van groot belang voor de nazorg van de patiënt en voor het contact met het achtergebleven gezin. De omgeving van de patiënt zal namelijk van het begin af moeten worden voorgelicht, hun verwachtingen zullen tot reële proporties moeten worden teruggebracht en hun eigen rol in deze zal moeten worden besproken. Meestal zal worden gestreefd naar een terugkeer van de patiënt in zijn eigen milieu en dit milieu dient hierop te worden voorbereid.

Bij de nazorg heeft de huisarts een belangrijke taak. Hij zal erop dienen toe te zien dat het behaalde resultaat niet verloren gaat en dat het zo mogelijk nog wordt verbeterd. Meermalen zal hij

de gezinsleden ervan moeten weerhouden om de patiënt te veel uit handen te nemen, om te voorkomen dat de moeizaam verworven zelfstandigheid van de patiënt weer gedeeltelijk teloor gaat. De ervaring leert dat dit een moeilijke opgave is omdat men meestal sterk geneigd is de patiënt zoveel mogelijk te helpen, waardoor men hem toch weer afhankelijk maakt.

2 Revalidatie in het tweede échelon. Dit geschiedt op het niveau van het algemene, niet-gespecialiseerde ziekenhuis. De rol van de huisarts bij de behandeling van de patiënt in deze centra kan juist ten aanzien van de revalidatie belangrijker zijn dan in het derde échelon. Hij heeft meestal reeds langdurige relaties onderhouden met de behandelende specialisten, wier belangstelling uit de aard der zaak vaak meer op de ziekte of op het defect van de patiënt dan op diens resterende gezondheid is gericht. De huisarts zal in deze relativerend kunnen optreden. Soms zal hij zijn patiënten moeten beschermen tegen goed bedoelde te grote diagnostische en therapeutische ijver. Door zijn relaties met de behandelende artsen zal het hem veelal mogelijk zijn invloed uit te oefenen bij te nemen beslissingen, zoals die betreffende ontslag naar huis of overplaatsing naar een specifiek revalidatiecentrum.

3 Revalidatie in het eerste échelon. Hierbij kunnen wij twee categorieën onderscheiden, namelijk die, waar de huisarts de revalidatie samen met anderen uitvoert en die, waar de huisarts de enige is die de patiënt behandelt.

Heel vaak zal bij revalidatie de hulp van anderen nodig zijn. Hierbij moet in de eerste plaats worden gedacht aan de fysiotherapeut en verder aan de wijkverpleegster, de maatschappelijk werker (resocialisatie is dikwijls belangrijker dan fysieke revalidatie), aan de werkgever, aan onderwijsinstanties en last but not least aan de pastor. In vele gevallen zal met verscheidene van de genoemde functionarissen contacten moeten worden gelegd en hun acties zullen dan zo mogelijk moeten worden gecoördineerd. Daartoe zal een plan de campagne moeten worden opgesteld. Het biedt grote voordelen wanneer men de betrokkenen hiertoe rond een tafel kan verenigen. Een dergelijk „home team” kan ad hoc worden geformeerd, uitgaande van de bij de patiënt het meest betrokken personen. Het initiatief hiertoe kan in de regel slechts van de huisarts uitgaan. Hij is ook in de beste positie om uitvoering van het gemaakte plan te bewaken en onder supervisie te houden.

De huisarts zal goed eraan doen zoveel mogelijk samen te werken met de regionale advies-teams van de provinciale revalidatiestichtingen. Hij kan hiervan waardevolle adviezen en belangrijke hulp en steun verkrijgen. Anderzijds kan hij deze organen onder andere door het geven van informatie helpen bij de uitvoering van hun taak,

waarmede het belang van zijn patiënten wordt gediend. Verder is de samenwerking met de districtsverpleegster van de Kruisverenigingen zeer gewenst.

Bij revalidatie in de meest ruime zin zal de huisarts dikwijls de enige zijn die de patiënt behandelt, omdat de overgrote meerderheid van ziekten en ongevallen door hem alleen worden afgehandeld. Voorkómen is belangrijker dan genezen. Dit geldt ook ten aanzien van invaliditeit. Het is van de grootste betekenis voor de revalidatie in het algemeen dat ieder die de patiënt behandelt, vanaf het begin is gericht op het voorkómen van invaliditeit en — zo dit niet mogelijk is — op het zo spoedig mogelijk beëindigen van de invaliditeit. Men dient zijn handelen in het belang van de patiënt voortdurend aan deze stelregel te toetsen.

Het voorschrijven van bedrust bijvoorbeeld is een grote ingreep met verstrekkende gevolgen voor de validiteit vooral bij bejaarden (*Schouten en Schreuder*). Bij elke medische behandeling dreigt het gevaar van afhankelijkheid en daardoor van iatrogene invaliditeit. Men moet zich dit goed bewust zijn. De meeste mensen die de hulp van een arts inroepen, zijn sterk geneigd de verantwoordelijkheid voor te nemen beslissingen geheel in diens handen te leggen. Zodoende nemen zij een passieve rol op zich. De arts van zijn kant is meestal al te gaarne ertoe geneigd de actieve rol op zich te nemen en het gemakkelijk te vinden wanneer de patiënt volgzaam en passief is. Toch is het zaak juist bij de revalidatie te streven naar een actieve rol van de patiënt en naar diens onafhankelijk worden, ook van de arts. Ter illustratie volgt een beschrijving van een casus uit de praktijk.

De heer A, 74 jaar, was een vitale oude baas. Hij werkte mee in zijn bedrijf, dat echter de laatste jaren hoofdzakelijk door zijn beide zonen werd gedreven. Ziek was hij eigenlijk nooit geweest tot hij in mei erysipelas van het linker onderbeen kreeg. Met antibiotica genas deze ziekte voor spoedig, om echter — zoals bij erysipelas dikwijls gebeurt — in juli te recidiveren. Thans bleek hij ook blaasklachten te hebben: hij moest elk half uur plassen en soms was hij daarbij incontinent.

In de urine werden geen afwijkingen gevonden, maar bij rectaal toucher was een zeer grote, keiharde prostaatklater te voelen, hetgeen zeer verdacht is voor prostaatcarcinoom. Patiënt kreeg het advies zich tot de uroloog te wenden, maar hij weigerde hierop in te gaan, vooral toen de erysipelas weer was genezen. Hij gaf de voorkeur eraan om maar door te tobben.

Begin augustus trad een volledige urineretentie op. Nu moest de patiënt wel zwichten; door de uroloog werd spoedopneming gearrangeerd. Bij catheterisatie bleek een urineresidu van 1 600 ml te bestaan. Door middel van perineale proefpunctie werd de gevreesde diagnose prostaatcarcinoom bevestigd. Hierop volgde dubbelzijdige orchietomie. Postoperatief ontstond echter infectie van het hematoom in de rechter scrotumhelft. Tengevolge van dit abces werd de patiënt ernstig ziek. Zijn algemene toestand ging achteruit, hij vermagerde sterk, kreeg decubitus van stuit, dij en hielen en raakte geheel in de war. Het abces werd gedraineerd en genas, maar de patiënt bleef gedesorienteerd in tijd en plaats. Er was zowel lichamelijk als geestelijk slechts een wrak van hem overgebleven. Het ziekenhuis kon

niets meer voor hem doen en de uroloog trof voorbereidingen voor overplaatsing naar een verpleeghuis.

Op dat moment kwam de familie in het geweer. Zij zonden een deputatie naar mij om te vragen of vader niet naar huis zou mogen komen om daar te sterven. Thuis was echter alleen zijn 80-jarige, half invalide echtgenote. Uit een gesprek met de uroloog bleek dat deze verwachtte dat de cachectische, geheel gedementeerde oude man spoedig zou sterven. De familieleden bleven echter bij de wens de vader naar huis te halen; zij waren tevens bereid om beurten daadwerkelijk hulp te verlenen aan de oude echtgenote.

De vader kwam tenslotte in deplorabele toestand thuis. Er werd een bed beneden in de huiskamer gezet. De wijkverpleegster werd ingeschakeld. Hoewel zij verscheidene malen daags kwam, bleek de verpleging van de oude man met zijn verblijfs-catheter, decubitus en slechte lichamelijke en geestelijke toestand te veel voor haar krachten. Daarom werd via een uitzendbureau een verpleeghulp voor overdag gezocht en gevonden. De zoons en schoondochters kwamen 's nachts om de beurt op de vloer slapen om te helpen met het verwijderen van het dopje van de catheter voor de urinelozing. De catheter raakte enige malen verstopt en moest dan door een nieuwe worden vervangen.

De patiënt, die in het ziekenhuis nooit uit bed was geweest, werd bij thuiskomst dadelijk gemobiliseerd: aanvankelijk zat hij telkens gedurende enige minuten in een stoel, later gebeurde dit gedurende steeds langere perioden. Zoals men zo dikwijls ziet bij oude mensen, ging zijn geestelijke toestand thuis onverwacht snel vooruit. Hij herkende zijn omgeving weer en ook zijn familieleden. Door de telkens herhaalde contacten werd hij gestimuleerd tot een actieve belangstelling voor de buitenwereld. Hij werd zelfs geheel helder en kon weer grappes maken. Daarbij werd aangeknoopt bij zijn interesse voor zijn bedrijf en hem werd hoop gegeven weer buiten te kunnen wandelen om naar het bedrijf te kunnen gaan kijken.

Een en ander werd medicamenteus ondersteund door opwekking van de eetlust, door injecties met een anabolicum en door het toedienen van ijzer voor zijn anemie. Het wonder geschiedde: de patiënt, die thuis was gekomen om daar te sterven, herstelde. Hij begon weer te eten, de decubitus genas en hij leerde dank zij een fysiotherapeut die hem thuis bezocht, weer staan en lopen. Er deden zich wel complicaties voor: herhaalde urineweginfecties, onvermijdelijk bij een verblijfs-catheter, werden bestreden op geleide van de urinekweek. Een bij de mobilisatie optredende decompensatio cordis werd behandeld door ontzouting en toediening van digitalis. Een moeilijker complicatie was, dat de verpleeghulp sterk ertoe neigde zichzelf onmisbaar te maken. Tactvol toespreken hielp niet, maar door het tenslotte over de financiële boeg te gooien werd ook deze hindernis overwonnen.

Na enige tijd kon de patiënt zijn catheter missen, hij is geheel continent geworden, hij wandelt weer buiten en heeft plezier in zijn leven. Hij zwaait vrolijk met zijn wandelstok wanneer ik hem tegenkom. Het meest geniet hij ervan wanneer hij bij zijn bedrijf kan toekijken en soms een handje kan helpen. Ook geestelijk is hij weer geheel valide. Hier was geen sprake van echte dementie, maar van pseudo-dementie. Bij het herstel van deze patiënt hebben ongetwijfeld zijn eigen vertrouwde omgeving en zijn toegewijde, coöperatieve familie een belangrijke rol gespeeld.

Tot nu toe is een zeer belangrijk aspect van de rol welke de huisarts bij de revalidatie kan vervullen, vooral bij de preventie van invaliditeit, nog niet aan de orde gesteld. Dit aspect kan misschien het beste worden duidelijk gemaakt aan de hand van de volgende casus. Deze is ontleend aan een status die onlangs door een semi-arts werd opgesteld; hij werd op een sociaal-geneeskundig colloquium besproken.

De heer B, 43 jaar, loodschef, valt reeds gedurende meer

dan een jaar achtereen onder de ziekte wet. Er moet dus worden gezien of hij in aanmerking komt voor een invaliditeitsverklaring. De patiënt heeft reeds vier jaar klachten over pijn onder in de rug. Hij is hiervoor op alle mogelijke wijzen behandeld, maar niets heeft afdoende geholpen intengedeel, zijn klachten zijn verergerd. Hij vertelt in dramatische bewoordingen over zijn onduidbare pijnen. Achtereenvolgens zijn door huisarts en diverse specialisten toegepast: medicamenteuze therapie, smeerseltjes, massage en ultrakorte golf, steunzolen, tractie aan de wervelkolom en een corset. Tenslotte werd hij tijdens zijn laatste ziekenhuisopname door de orthopedische chirurg aan de neurochirurg voorgesteld met de vraag of hij deze patiënt zou willen opereren. Röntgenologisch waren er tekenen van een geringe spondylosis en spondylarthrosis, terwijl bij myelografie een dubieuze uitsparing werd gezien ter hoogte van L4/L5.

De neurochirurg voelde aanvankelijk niet veel voor operatie, gezien de geringe objectieve bevindingen. Later zwichtte hij echter voor de aandrang die op hem werd uitgeoefend. Er werd laminectomie verricht, waarbij een geringe discusprolaps werd gevonden en waarbij een klein botrandje werd weggeknabbeld. Ten aanzien van de prognose na de operatie toonde de neurochirurg enige reserve, daar de gevonden afwijkingen slechts gering waren. De patiënt zelf beweerde dat hij zo spoedig mogelijk aan het werk zou willen gaan, maar dat zijn pijn hem dit verhinderde.

Uit de anamnese blijkt, dat hij vroeger altijd hard had gewerkt en zeer vaak overuren had gemaakt. Het werk is ook zijn hobby en hij meent in zijn functie onmisbaar te zijn. Psychische of sociale problematiek werd ontkend - behalve die ontstaan door zijn ziekte. Het gezin is harmonisch. Ook aan de huisarts was geen psycho-sociale problematiek bekend. Een gesprek van de semi-arts met de werkgever bracht echter nieuwe gegevens aan het licht. Patiënt stond bekend als een ijverige, harde werker, met hart voor de zaak. Hij had snel promotie gemaakt en hij was tot loodschef opgeklommen. Aanvankelijk ging dit goed, maar met de groei van het bedrijf en het ingewikkelder worden van de administratie was een ander wat misgelopen. Patiënt bleek deze administratie niet aan te kunnen. Daarom werd een bedrijfsleider boven hem geplaatst, die patiënt veel werk uit handen nam. Zijn loon werd dienovereenkomstig verminderd.

Uit deze gegevens werd duidelijk dat de patiënt in zijn werksituatie in een chronische stress heeft verkeerd. In die tijd ontwikkelde hij zijn klachten. Het gelukte hem niet de strijd vol te houden en tenslotte boog hij door waar hij een zwakke plek had, namelijk in zijn rug. De miskennis, tot uiting komend in vermindering van zijn loon, zal een belangrijke rol hebben gespeeld bij het staken van de strijd. Toen hij ziek werd bleek, dat zijn vervangers de situatie ook niet aankonden: de administratie bleek inderdaad te

zwaar te zijn. In overleg met de werkgever werd tot een reorganisatie besloten, waarbij een administrateur werd aangesteld. Daardoor zou patiënt in zijn oude functie kunnen terugkeren. De katamnese leert dat patiënt daarna inderdaad zijn werk had hervat en dat hij dit ook tot heden blijkt te kunnen volhouden.

In dit beschreven geval is een en ander tenslotte goed afgelopen, omdat door de semi-arts een belangrijke oorzaak in de werksituatie werd opgespoord en weggenomen. De praktijk leert echter dat een dergelijke gelukkige afloop niet altijd voorkomt. Bij een aanzienlijk aantal van degenen die invalide worden verklaard, kan deze invaliditeit niet of niet geheel uit de somatische bevindingen worden afgeleid, psychische factoren blijken dan een meer of minder grote rol te spelen. Men kan uit deze casus leren dat het nodig is bij een discrepantie tussen de klachten van de patiënt en de somatische bevindingen over te gaan tot een nader psycho-sociaal onderzoek om oorzaken op deze gebieden op te sporen. Het is dringend gewenst dit zo spoedig mogelijk te doen vóórdat de klachten gefixeerd raken en de toestand van de patiënt, al of niet iatrogen, irreversibel wordt. De ervaring leert dat een dergelijke irreversibiliteit betrekkelijk spoedig kan optreden en na enkele jaren vrijwel steeds definitief aanwezig blijft.

Voor een tijdig ingesteld psycho-sociaal onderzoek kan juist de huisarts een aanzienlijke bijdrage leveren. Dikwijls zijn hem reeds diverse gegevens bekend die buiten het gezichtsveld van de behandelende specialisten vallen. Soms heeft hij deze zelf in gesprekken met de patiënt kunnen opsporen, soms heeft hij hiertoe een beroep kunnen doen op een maatschappelijk werker. Bij de preventie van invaliditeit ligt juist voor de huisarts een zeer belangrijke taak. Hij neemt immers een positie in die hem in staat stelt de integrale geneeskunde te beoefenen en te bevorderen.

Schouten, J. en J. Th. R. Schreuder (1968) Ned. T. Geneesk. 112, 1337.