



Erasmus

44 115

Medische Bibliotheek
E.U.R.

44 115

8

1995
REDE
038

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0015 3076

1995 Rede 030

REVALIDATIEGENEESKUNDE

over minderwaardigheidscomplex en complexe meerwaarde

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van

hoogleraar in de revalidatiegeneeskunde

aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

op vrijdag 17 maart 1995

door

H.J. Stam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

© H.J. Stam, 1995
ISBN 90-74443-14-1

Medische Bibliotheek
E.U.R.

Meneer de Rector Magnificus, Gewaardeerde Toehoorders,

Wie over zichzelf spreekt zal ofwel zichzelf prijzen, wat beschamend is, ofwel zichzelf naar beneden halen, wat van wereldvreemdheid getuigt. Onverstand bij de spreker wekt onbehagen bij de toehoorder. Als men dit zelfs al moet vermijden in de omgang met vrienden, hoeveel te meer op belangrijke posten waar men voor publiek spreekt, dat alles voor dwaas houdt dat daar maar enigszins de schijn van heeft.

Even onverstandig is het over aanwezigen te spreken, vanwege het risico op één van de klippen te lopen die vleierij en blaam heten.

Deze levensregel werd in 1647 gepubliceerd door een Spaanse Jezuit Baltasar Gracián en is bij uitstek van toepassing voor diegene die de eer te beurt valt een inaugurele rede te mogen uitspreken.

Hoewel de titel van mijn oratie wellicht die indruk wekt, zal ik vandaag mijn vakgebied noch naar beneden halen, noch prijzen.

Allereerst wil ik met U een aantal begrippen bespreken, die telkens naar voren komen in de discussie en in beleidsstukken betreffende de revalidatie in het algemeen. Vervolgens zal ik trachten een aantal ontwikkelingen te beschrijven om de huidige toestand in een breder historisch en cultureel perspectief te plaatsen.

Binnen de revalidatiewereld wordt dit jaar op diverse fronten uitgebreid gediscussieerd over de strategie die de komende jaren moet worden gevolgd. Revalidatie-artsen, directeuren, wetenschappers, beleidmakers en zorgverzekeraars schrijven beleidsnota's en buigen zich over de gevolgen van de stelselherziening, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg. Vanuit een persoonlijke invalshoek zal ik een duit in het al goed gevulde zakje doen. Ter afronding zal ik nader ingaan op de inhoud en de waarde van de revalidatiemedebehandeling in het ziekenhuis.

Begrippen

Begrippen zoals revalidatie, revalidatiegeneeskunde, handicap, gehandicaptenzorg worden nogal eens onjuist gebruikt en zijn soms aanleiding voor spraakverwarring.

Revalidatie is een algemeen begrip en betreft een behandeling na een ziekte of ongeval gericht op terugkeer naar het premorbide functionele niveau. Revalidatie vindt plaats in fysiotherapiepraktijken, in verpleeghuizen, in sportscholen, in revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen en in revalidatiecentra.

Revalidatiegeneeskunde mag men beschouwen als het medisch specialisme dat zich richt op revalidatie van die patiënten, waarbij de gevolgen van de ziekte, het trauma of de aangeboren afwijking complex en vaak blijvend zijn. Het specialistisch niveau vormt het belangrijkste kenmerk van de revalidatie-geneeskunde en is vergelijkbaar met het onderscheid tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg. De revalidatie na een ongecompliceerde kunstheupoperatie kan volledig aan de orthopedisch chirurg en zijn fysiotherapeut worden overgelaten, terwijl een patiënt met complexe meervoudige en blijvende gevolgen van een auto-ongeval naar de revalidatie-arts wordt verwezen. Het voorkomen of reduceren van handicap kan men beschouwen als het min of meer abstracte doel van de revalidatiegeneeskunde.

Handicap wordt in dit verband gedefinieerd als de nadelige positie van een persoon door een stoornis of een functionele beperking, die de normale rolvervulling begrenst of verhindert. De nadelige positie wordt uiteraard niet alleen bepaald door de gevolgen van de ziekte of het trauma, maar vooral ook door de psychosociale omstandigheden van de patiënt. Handicappreventie is dus alleen mogelijk wanneer de diagnostiek en de behandeling van functiestoornissen en beperkingen plaatsvinden tegen de achtergrond van de psychosociale omstandigheden.

Het onderscheid tussen revalidatiezorg en **gehandicaptenzorg** lijkt triviaal. Dit is ten onrechte, omdat de taken, de verantwoordelijkheden en de organisatie sterk verschillen, terwijl er inhoudelijk een nauwe relatie bestaat. De gehandicaptenzorg behartigt de sociaal culturele en materiële belangen van gehandicapten, bijvoorbeeld op gebieden van vervoer, huisvesting, inkomen en vrijetijdsbesteding. De gehandicapte kan worden

beschouwd als een cliënt die bij de overheid, bij werkgevers en soms bij de artsen voor zijn belangen opkomt. Gehandicaptenzorg heeft een hoog "welzijnsgehalte" in tegenstelling tot de revalidatiezorg die deel uitmaakt van de gezondheidszorg. De relatie tussen revalidatiezorg en gehandicaptenzorg wordt vooral gevormd door het gegeven dat de meeste lichamelijke handicaps ooit een periode patiënt zijn geweest. Eén van de belangrijkste uitdagingen voor de revalidatiegeneeskunde is het voorbereiden van een patiënt op een bestaan als gehandicapte. Het succes van de revalidatie van een patiënt kan worden afgemeten aan de mate waarin een gehandicapte in staat is zich, ondanks een aantal beperkingen, te handhaven in de maatschappij. De gehandicaptenzorg zal haar taak, het ondersteunen van de gehandicapte, slechts optimaal kunnen uitoefenen wanneer de revalidatiezorg handicaps aflevert die goed voorbereid zijn op een veranderd en een veranderend bestaan. De afbraak van de WAO, de weinig doordachte politieke besluitvorming en de overhaaste invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten, de per Gemeente verschillende uitvoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten en het falende arbeidsreïntegratiebeleid van de Bedrijfsverenigingen ondergraven de toekomstmogelijkheden van revalidatiepatiënten aanmerkelijk en zijn een reden temeer voor samenwerking en onderlinge afstemming tussen revalidatiezorg en gehandicaptenzorg.

Ontwikkelingen

De actuele stand van zaken in de revalidatie is het gevolg van een aantal sociale en culturele ontwikkelingen, die ook van invloed zijn geweest op de gezondheidszorg in het algemeen. Deze ontwikkelingen doen zich voor over decennia en zijn min of meer onafhankelijk van korte termijninvloeden, zoals de kleur van een kabinet of een stokpaardje van een staatssecretaris.

Het vóórkomen van ziekten en ongevallen met blijvende gevolgen verandert in de loop van de tijd. Het grote aantal militaire en burgerslachtoffers van de Tweede Wereldoorlog was een belangrijke stimulans om de revalidatie te ontwikkelen. Uiteraard lagen niet alleen humanitaire, maar ook economische motieven ten grondslag aan de inzet om de revalidatie meer aandacht te geven. De revalidatiepatiënten bestonden vooral uit mensen, getroffen door uitgebreide trauma's, amputaties en dwarslaesies.

De polio-epidemieën van de jaren vijftig resulteerden in grote aantallen kinderen en jong volwassenen met blijvende verlammingen van de spieren van armen, benen en ademhaling. Het plotselinge uitbreken van een epidemie en de ernstige levenslange gevolgen voor patiënten, die voorheen kerngezond waren, hadden een veel grotere invloed op het besef dat er iets aan de toekomst van de slachtoffers gedaan moest worden dan ziekten zoals meningomyelocèle, een open ruggetje, of de cerebrale palsy, het spastische kind. De prevalentie van deze twee aandoeningen is weliswaar groter, maar een open ruggetje, of een spastische verlamming treden niet in epidemieën op en zijn meestal bij de geboorte al aanwezig.

Door de sterk toegenomen mogelijkheden om complicaties van een open ruggetje of een traumatische dwarslaesie te behandelen verbeterden de overlevingskansen, maar dit hield tevens in dat er naar wegen gezocht moest worden om deze patiënten een menswaardige toekomst te bieden.

Ook medische incidenten hebben een grote invloed gehad op de ontwikkeling van de revalidatie. De Softenonaffaire was relatief beperkt van omvang en van korte duur, maar iedereen kent de filmpjes van kinderen die met hun voeten hun tanden poetsen, terwijl het geploeter van grote aantallen spastische kinderen voor de meesten verborgen bleef achter de deuren van de mytilschool.

Een meer recente ontwikkeling is de sterk verbeterde zorg voor slachtoffers in de eerste uren na het ongeval. Ambulance-helicopters, speciale chirurgenteams en goed

geoutilleerde trauma-afdelingen kunnen het aantal dodelijke slachtoffers met enkele tientallen procenten doen dalen. Een belangrijk deel van deze patiënten, die voorheen het ziekenhuis niet levend bereikten, heeft echter blijvend letsel opgelopen, zoals hersenbeschadiging, dwarslaesies, amputaties enzovoorts. Het is een paradoxale situatie dat we vaststellen dat vooruitgang in de geneeskunde leidt tot een toename van het aantal revalidatie-patiënten.

De **veroudering** van de bevolking en de absolute en relatieve toename van het aantal mensen boven de 75 jaar is een demografische trend die algemeen onderkend wordt. De medische consumptie van deze groep is hoog en de behoefte aan revalidatie en reactivering van oudere patiënten is steeds groter geworden. Het, zolang als mogelijk is, zelfstandig functioneren is een doelstelling die steeds nadrukkelijker zichtbaar is geworden. Hoewel de revalidatie-instellingen zich blijkens de gemiddelde leeftijd van hun patiënten niet specifiek richten op de ouderen, zal de veroudering zeker gevolgen hebben voor het aanbod van patiënten.

Een minder bekend aspect van veroudering is het fenomeen van de **ouder wordende gehandicapte**. Het aantal mensen dat gehandicapt is geworden in het verleden en nu bij het ouder worden geconfronteerd wordt met een afname van de compensatiemogelijkheden en met een toename van bijkomende aandoeningen, groeit. Het postpoliosyndroom is hiervan een goed voorbeeld. Poliomyelitis is in principe een stationair ziektebeeld. De jonge polio-patiënt heeft nog voldoende reserves in spierkracht en conditie om zich met extra inspanning in de maatschappij te handhaven. Bij het ouder worden echter zal de fysiologische achteruitgang eerder dan bij anderen leiden tot een situatie, waarbij de reserves uitgeput zijn. De ouder wordende gehandicapte is een betrekkelijk nieuw probleem en vormt zowel in verband met revalidatiegeneeskundige problematiek als in wetenschappelijk opzicht een grote uitdaging.

Een volgende trend die relevant is voor de revalidatie zijn de veranderende **familiestructuren**. Wanneer de revalidatie zich ten doel stelt een patiënt optimaal te reïntegreren in de maatschappij, dan is het duidelijk dat de gezinstructuur een belangrijke limiterende factor vormt. De afgelopen decennia is in de Westerse samenleving de familiestructuur aanmerkelijk veranderd. Grotere families met meerdere generaties dicht bij elkaar wonend zijn geleidelijk verdwenen en éénoudergezinnen zijn geen uitzondering. Kinderen wonen ver van hun ouders en in een gezin werken vaak beide partners

buitenshuis. Het is bekend dat terugkeer naar de oude woonomgeving na een hersenbloeding meer afhangt van het aanwezig zijn van een gezonde partner dan van de ernst van de verlamming. De toenemende individualisering stelt andere eisen aan de revalidatie en voor een succesvolle reïntegratie is een patiënt meer dan vroeger aangewezen op zichzelf of op professionele hulp.

Behalve ontwikkelingen, zoals het vóórkomen van bepaalde ziekten, veroudering en veranderingen in sociale structuren, is er de afgelopen decennia een **emancipatie** opgetreden van de gehandicapte. Het aantal patiëntenverenigingen is groeiende en soms bestaat er zelfs al een vereniging vóór de dokters weten dat er een nieuwe ziekte is uitgevonden.

Patiëntenverenigingen, die patiënten als lid hebben die door hun aandoening in aanraking komen met de revalidatie, zoals bij- voorbeeld de Vereniging Spierziekten Nederland, of de MS-vereniging, zijn professioneel georganiseerd en zijn een bewijs van de emancipatie van de gehandicapte. Zij steunen niet alleen individuele patiënten en hun familie, maar oefenen ook invloed uit op de overheid en op de artsen.

Binnen de revalidatie en de gehandicaptenzorg is de verschuiving van isolatie naar **integratie** een belangwekkende ontwikkeling. Het is verbazingwekkend om vast te stellen dat nog in de jaren zestig en zeventig de revalidatie van lichamelijk gehandicapte kinderen voornamelijk klinisch plaatsvond. Enige jaren geleden zag ik in mijn praktijk in Zeeuws Vlaanderen een jongeman die van 1963 tot 1976 opgenomen is geweest in een kinder-revalidatiecentrum in het Oosten van het land. Van zijn zesde tot zijn achttiende levensjaar bracht hij door op een mytylschool, meer dan 200 km van zijn ouders en broers en zussen verwijderd. Soms kreeg hij bezoek in het weekend en de vakanties bracht hij thuis door. De indicatie voor revalidatie was dan 6 weken niet aanwezig. Wat deze jongen mankeerde? Hij had een gezond verstand, maar 2 spastische benen. Bij het lopen buitenshuis gebruikte hij 2 stokken. De grote afname van het aantal bedden voor kinder-revalidatie en de verschuiving naar poliklinische behandeling, waarbij het kind buiten de therapietijden zoveel mogelijk functioneert binnen het normale gezinssysteem en op een gewone school is een fraaie illustratie van de trend van isolatie naar integratie.

Een ander herkenbaar voorbeeld is de gehandicaptensport. Rolstoelbasketbal en rolstoelatletiek werden 15 jaar geleden beoefend als onderdeel en als vervolg op de revalidatiefase. Intussen wekt een rolstoelatleet, in flitsende sportuitrusting, in een

futuristische rolstoel, die tijdens de Rotterdamse marathon de kopgroep voorbij wheelt, geen opschudding meer. Sterker nog, een toenemend aantal gezonde mensen heeft plezier in het spelen van een wedstrijd rolstoelbasketbal of bekwaamt zich in de rolstoelatletiek.

Een niet onbelangrijke factor die van invloed is op de gezondheidszorg in het algemeen, dus ook op de revalidatie, is **geld**. De gezondheidszorg groeit en wordt steeds duurder en veel beleidsmaatregelen van de afgelopen jaren zijn geïnspireerd door de wens de kosten te beheersen. Kostenbeheersing vraagt om prioriteitenstelling en meestal wordt de prioriteit gelegd bij de acute, levensbedreigende ziekten en niet bij aandoeningen met blijvende restgevolgen. De doodstraf geldt nog steeds als een ernstiger veroordeling dan levenslange opsluiting. Pas de laatste jaren begint het besef door te dringen dat chronische ziekten, revalidatie en gehandicaptenzorg financieel, beleidsmatig en wetenschappelijk gezien achtergesteld zijn. Een veel gehoorde opmerking is dat revalidatie duur is. Ik betwijfel de juistheid van deze bewering. Sommige behandelprogramma's, bijvoorbeeld in het geval van hoge dwarslaesie of bij ernstige hersenbeschadiging zijn langdurig, maar het merendeel van de revalidatiepatiënten wordt kortdurend poliklinisch behandeld. Ook voorzieningen en aanpassingen zijn slechts in uitzonderingsgevallen omvangrijk en kostbaar. Snelle terugkeer naar huis, als doel van een revalidatieprogramma, kost minder dan een verblijf in een ziekenhuis of een verpleeghuis. Terugkeer naar arbeid levert zelfs geld op, omdat de uitgave aan een uitkering wordt omgezet in de inkomsten van belastingen en premies. Daarom kan de opmerking dat revalidatie duur is het beste als volgt worden beantwoord: revalidatie kost geld maar niet-revalideren kost kapitalen.

Ik noemde reeds voorzieningen en aanpassingen. De **technische ontwikkelingen** in de electronica, de materiaalkennis en de biomechanica hebben de afgelopen jaren een grote vlucht genomen. Dit heeft ook zijn weerslag op de mogelijkheden van patiënten die aangewezen zijn op personele of technische hulp.

Patiënten met minimale of afwezige functie in armen of benen en zeer beperkte verbale mogelijkheden zijn toch in staat te communiceren met andere personen, te telefoneren of een computer te bedienen. Vanuit een rolstoel is het mogelijk de omgeving te besturen en een grote mate van zelfstandigheid op te bouwen. De kwaliteit van leven van deze ernstige, vaak meervoudig gehandicapte mensen is door de technische vooruitgang de laatste decennia zeer verbeterd. De kosten van deze

voorzieningen wegen ruimschoots op tegen de vermindering van de hulpbehoefte. Ook binnen de prothesiologie en orthesiologie zijn de ontwikkelingen nauwelijks bij te houden. De indruk bestaat dat het tempo van de nieuwe ontwikkelingen steeds groter wordt.

De **organisatie** van de revalidatie is de laatste halve eeuw beduidend veranderd. Revalidatie vond aanvankelijk bijna uitsluitend plaats in revalidatiecentra. In Nederland werden de eerste revalidatiecentra geopend eind jaren veertig, begin jaren vijftig.

Het beschikbaar komen van effectieve geneesmiddelen tegen tuberculose bleek voor de revalidatie een buitenkans, omdat op verschillende plaatsen in Nederland sanatoria leeg kwamen te staan, die om een nieuwe bestemming vroegen. Deze revalidatiecentra hadden 2 belangrijke kenmerken. Ten eerste hun geïsoleerde ligging, ver van de bewoonde wereld en dus ook ver van de ziekenhuizen. De revalidatie-artsen in deze centra hadden slechts beperkte contacten met andere specialisten, behalve wanneer een patiënt verwezen werd voor opname of wanneer een consultant uit het ziekenhuis het centrum bezocht. De revalidatie-arts en zijn activiteiten hadden voor de andere specialisten een "ver van mijn bed" karakter. In de revalidatiecentra was men verstoken van competitie, concurrentie en intercollegiale toetsing, die in een ziekenhuis soms beschouwd worden als stimulans van kwaliteit van zorg.

Een tweede kenmerk van de revalidatiecentra was de sterke gerichtheid op de klinische revalidatie.

Het revalidatiecentrum ontving uit het ziekenhuis patiënten voor klinische behandeling. De revalidatie startte pas wanneer de primaire behandeling was afgerond en de patiënt zijn wachtlijst had uitgelegd. Het revalidatiecentrum had een passieve ontvangende rol en de invloed op de selectie van patiënten was beperkt. De activiteiten van het centrum werden uitgedrukt in het aantal bedden, het bezettingspercentage en de opnameduur. Ontslag vond plaats na het realiseren van alle revalidatie-doelen. Poliklinische nacontrole vond nog wel plaats, maar poliklinische behandeling was meestal niet meer nodig.

Parallel en min of meer in de schaduw van de revalidatiecentra vestigden revalidatie-artsen zich in de ziekenhuizen. Deze revalidatie-artsen beschikten soms over een aantal eigen bedden, hielden poliklinische spreekuren en verrichtten klinische consulten en medebehandelingen. De behandeling van patiënten vond zoveel mogelijk poliklinisch plaats en overplaatsing naar een revalidatiecentrum was een uitzondering.

Het laatste decennium is er sprake van een ontwikkeling, waarbij de zuivere vorm van de typische centrumrevalidatie en de ziekenhuisrevalidatie, op een enkele uitzondering na niet meer voorkomt. Het resultaat van deze ontwikkeling wordt weergegeven in onderstaande tabel waarbij het percentage revalidatie-artsen werkzaam in een revalidatiecentrum, ziekenhuis of een combinatie van beide wordt weergegeven in 1987 en 1993.

Werkplek revalidatie-artsen in %	1987	1993
revalidatiecentrum	50	35
ziekenhuis	36	30
combinatie	13	34

Het percentage revalidatie-artsen dat zowel in een ziekenhuis als in een centrum actief is groeit van 13 naar 34%. In 1993 zijn de revalidatie-artsen redelijk evenwichtig verdeeld over de drie vormen van werkplek.

Een **minderwaardigheidscomplex** is het gevoel minder te zijn dan anderen, waarbij deze beleving een remmend effect heeft op de optimale benutting van de mogelijkheden. Is er in de revalidatiegeneeskunde sprake van een minderwaardigheidscomplex, en zo ja is dat terecht? Ik meen te mogen stellen dat er in de revalidatie een zekere mate van een gevoel te falen te bespeuren valt. Men slaagt er niet in de vele eigen ambities en het grote aantal eisen die anderen stellen te overzien en prioriteiten te stellen. Het zou te ver voeren om nu een volledige analyse te doen van alle wensen en toekomstplannen die binnen de revalidatie leven, en van het grote aantal externe invloeden die het vakgebied belemmeren om zich te richten op de zaken die werkelijk van belang zijn. Ik zal mij beperken tot enkele actuele onderwerpen.

Stelselherziening

De revalidatiegeneeskunde viel de twijfelachtige eer te beurt te mogen dienen als proefkonijn voor een grootschalige **stelselherziening** van de gezondheidszorg. Marktwerking, decentralisering en deregulering waren de trefwoorden van de inmiddels mislukte plannen. De functionele omschrijving van de revalidatieverstreking en het vervallen van de contracteerplicht zouden de concurrentie op de revalidatiemarkt moeten versterken. De revalidatieproducten zouden moeten worden voorzien van een prijskaartje, we noemen dat outputpricing, om de inkopers van zorg houvast te geven bij de keuze van de zorgaanbieders op de markt. De tariefssystematiek werd in de centra en wordt in de ziekenhuizen vervangen door een nieuwe behandel eenheid, het revalidatiebehandeluur. De financiële consequenties zijn nog onduidelijk. De revalidatieverstreking ging in 1993 over naar de AWBZ en gaat waarschijnlijk in 1996 weer terug naar de Ziekenfondswet. De Wet Voorzieningen Gehandicapten heeft ertoe geleid dat bij het aanvragen van voorzieningen, aanpassingen en vervoer, de revalidatieinstellingen, afhankelijk van de Gemeente waar de patiënt woont, geconfronteerd worden met telkens andere lokale regelingen en afspraken. Mij dunkt geen goede stimulans om de effectiviteit te verhogen en de bureaucratie te verminderen. Verandering van beleid kan op zich leiden tot verbetering van de revalidatiezorg, maar inconsequent en zwalkend beleid resulteert in kapitaalvernietiging, administratieve chaos, onrust bij behandelaars en patiënten en een gebrek aan tijd en middelen om te werken aan kwaliteits-systemen, protocollen, bijscholing en andere zaken die nodig zijn om de zorg van onze patiënten te verbeteren.

Het positieve aspect van de stelselherziening is dat de revalidatieinstellingen en de revalidatie-artsen gedwongen worden zich te beraden over hun positie en hun strategie. Een project zoals outputpricing gaat niet alleen over de prijs van behandelingen, maar zal er onvermijdelijk toe leiden dat men over de effectiviteit en de noodzaak van bepaalde behandelingen na moet denken. Externe kwaliteitstoetsing en profilering zijn eveneens positieve ontwikkelingen die resultaten zullen afwerpen lang nadat de rust teruggekeerd is op het revalidatiefront.

Onderwijs

Het **onderwijs** in de diagnostiek en behandeling van blijvende of dreigende gevolgen van ziekten en ongevallen in het algemeen, en in de methodologie van de revalidatiegeneeskunde in het bijzonder, vertoont in Nederland evenmin een rooskleurig beeld. In de meeste curricula zijn in blokken als Traumatologie, Geriatrie, Chronische ziekten of Neurologie college-uren beschikbaar voor revalidatie-aspecten van de verschillende thema's. In bijna alle medische faculteiten bestaat de mogelijkheid een keuzeco-assistentenschap te volgen op de afdeling Revalidatie of in een nabijgelegen revalidatiecentrum. Alleen in Rotterdam bevat de tweede fase een verplicht kerncoschap van een volle week revalidatiegeneeskunde. Een vakgroep Revalidatie, verantwoordelijk voor ondermeer het onderwijs, is slechts in de Rijksuniversiteit Groningen, de Vrije Universiteit Amsterdam en in de Erasmus Universiteit Rotterdam aanwezig. Het ontbreken van vakgroepen Revalidatie bij de overige faculteiten en de geringe omvang van de revalidatie-afdelingen van enkele academische ziekenhuizen hebben per locatie verschillende oorzaken en behoeven dus ook verschillende oplossingen. Daarom is een beleidsdoelstelling, zoals een leerstoel aan elke medische faculteit en onderwijs in de revalidatiegeneeskunde voor elke geneeskundestudent lovenswaardig, maar op korte termijn niet te realiseren. Participatie in onderwijs en onderzoek, zo blijkt in de faculteiten met een zelfstandige vakgroep, is pas te realiseren op basis van een volledige acceptatie en integratie van de patiëntenzorg in een academisch ziekenhuis. De ziekenhuisafdeling die een plaats heeft verworven in de kliniek en de polikliniek, en waarvan het bestaansrecht wordt erkend en ondersteund door de Raad van Bestuur en door de collega-specialisten, vormt een noodzakelijke voorwaarde voor groei van de onderwijsbijdrage en voor het opbouwen van samenwerkingsverbanden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Deze volgorde kan niet omgedraaid worden en dit proces kost tijd.

Onderzoek

Het **wetenschappelijk onderzoek** in de revalidatiegeneeskunde is de laatste jaren onderwerp van een discussie die een nogal verwarrende indruk maakt. De eerste reden hiervan is dat de deelnemers aan de discussie elk hun eigen definitie van revalidatie-onderzoek hanteren. De tweede reden van verwarring is dat de motivatie om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren nogal verschilt en ook niet altijd met elkaar in overeenstemming te brengen valt.

Revalidatie-artsen hebben de neiging revalidatie-onderzoek te beperken tot onderzoek door revalidatie-artsen of assistenten in opleiding met als motivatie het specialisme meer academisch aanzien te geven.

Revalidatiecentra beschouwen wetenschappelijk onderzoek deels als een belangrijk element van hun imago en gebruiken wetenschappelijke activiteiten als onderdeel van hun profilering ten opzichte van bijvoorbeeld de verpleeghuizen. Daarnaast hoopt men dat het onderzoek kan bijdragen aan productontwikkeling in de zin van het verbeteren van behandelprogramma's en zorgvernieuwing.

De zorgverzekeraars wensen wetenschappelijk onderzoek om "te bewijzen dat revalidatie werkt" of om "aan te tonen dat revalidatie betere resultaten geeft dan verpleeghuiszorg of fysiotherapie". In diverse officiële documenten, maar ook in de discussies binnen de Vereniging voor Revalidatie-artsen, het Wetenschappelijk Genootschap voor Revalidatiegeneeskunde, de Werkgemeenschap Patiëntgebonden revalidatie-onderzoek van NWO, lijkt er een soort consensus te bestaan over de toestand van het revalidatiegeneeskundig onderzoek in Nederland anno 1995. Men is van mening dat het onderzoek versnipperd is, dat er te weinig samenwerking bestaat, dat de omvang te gering is en dat de theoretische basis te smal is. Mij dunkt een opsomming om een minderwaardigheidscomplex van te krijgen. Naar mijn mening valt deze analyse wel wat te nuanceren. De observatie dat het onderzoek versnipperd zou zijn is niet voorbehouden aan de revalidatiegeneeskunde. In rapporten van de KNAW wordt bij andere klinische vakken, maar ook bij technische en alfawetenschappen vastgesteld dat er sprake is van versnippering. Een belangrijker argument is echter dat revalidatiegeneeskundig onderzoek door de aard van het vak de neiging heeft te diversificeren. Wanneer een specialisme zich niet alleen richt op de fysieke gevolgen van ziekte en trauma, maar ook op de sociale, de psychische en communicatieve consequenties en hun onderlinge samenhang, dan is het onvermijdelijk dat onderzoek op

deze terreinen gekenmerkt wordt door zeer verschillende onderzoeksvragen, door deelname van zeer uiteenlopende disciplines en door publicaties in een breed scala van wetenschappelijke tijdschriften. De vaststelling dat veel revalidatie-relevant onderzoek gepubliceerd wordt in technische, psychologische of sportgeneeskundige tijdschriften is één van de redenen geweest voor de VRA en het WGR om het Journal of Rehabilitation Sciences op te richten en niet een Journal of Rehabilitation Medicine. Het Journal of Rehabilitation Sciences wil dienen als platform voor uiteenlopende wetenschappen om hun resultaten, die van belang zijn voor de revalidatie in bredere zin, te publiceren.

Versnippering houdt niet alleen in dat de thema's van onderzoek erg uiteenlopen, maar ook dat verschillende onderzoeksactiviteiten een te geringe omvang hebben. Moeten we streven naar meer concentratie, en wat doen we dan met de rest? Het meest gehoorde antwoord op deze vraag is: we moeten meer samenwerken. Ik zal de laatste zijn om te stellen dat er niet meer samengewerkt moet worden maar samenwerking, en dan niet alleen op papier, is niet af te dwingen, zelfs niet met geld. Samenwerking is altijd gebaseerd op partners die een evenwichtige en complementaire bijdrage leveren aan een project en waarbij de deelnemende partijen elk voordelen hebben bij de samenwerking. Samenwerkingsverbanden kunnen niet top down georganiseerd worden, maar groeien op basis van partners die elkaar nodig hebben om hun ambities te realiseren. Wanneer deze samenwerking leidt tot concentratie dan is hiertegen geen enkel bezwaar, maar wanneer concentratie wordt afgedwongen, bijvoorbeeld door het stoppen van financiering van kleinere groepen, dan leidt dit tot ontregeling van lokale onderzoeksnetwerken en een toename van bureaucratie.

Sommigen menen dat onderzoeksactiviteiten elkaar overlappen of dat op verschillende plaatsen hetzelfde wordt gedaan. Indien dit al waar zou zijn, is dit uiteraard ongewenst. Ik meen echter dat het hier om kleinere projecten gaat op het niveau van onderzoek door assistenten in opleiding en niet op het niveau van gesubsidieerd onderzoek. De strenge selectie bij subsidie-aanvragen tweede en derde geldstroom sluit duplicatie van onderzoek nagenoeg uit. Desondanks blijft het risico bestaan van onderzoekers die niet van elkaar weten dat ze met hetzelfde onderwerp bezig zijn. Voor een belangrijk deel kan dit gevaar worden voorkomen door het verbeteren van de publicatiecultuur. Teveel revalidatie-onderzoek stopt wanneer de resultaten bekend zijn en mondt niet uit in een publicatie die voor andere onderzoekers te lezen is.

Tenslotte nog een opmerking over de stelling dat wetenschappelijk onderzoek gewenst is om te bewijzen dat revalidatie werkt. Deze benadering, waarbij het bestaansrecht van een specialisme afhankelijk wordt gesteld van een wetenschappelijk

bewijs, is gebaseerd op onjuiste opvattingen over de gezondheidszorg en over wetenschap. De revalidatie in het algemeen en de specialistische revalidatie in het bijzonder, maken deel uit van onze gezondheidszorg. De keuze om patiënten met blijvende, complexe gevolgen van ziekten en ongevallen te behandelen met het doel ze op een zo hoog mogelijk functioneel niveau te brengen en te houden, is gebaseerd op onze christelijke en humanistische traditie. De keuze om de revalidatiezorg te organiseren in ziekenhuizen en revalidatiecentra is het resultaat van maatschappelijke ontwikkelingen en democratische politieke besluitvorming. Wetenschap probeert inzicht te verschaffen in de vele vragen die we kunnen stellen en levert slechts beperkt te generaliseren antwoorden op en leidt meestal tot nieuwe vragen. Eénzijdige gerichtheid op het bewijzen dat revalidatie werkt zou een te zwaar accent leggen op effectonderzoek en afleiden van vragen zoals: hoe leert een patiënt na een hersenbloeding eigenlijk weer lopen? Hoe kunnen we dit proces positief beïnvloeden? Waarom gaat het bij de ene patiënt goed en bij de andere niet? Is dit te voorspellen? Zo zijn er talloze interessante en vooral ook relevante vragen, waarop wij voorlopig geen antwoord hebben.

Vragen naar rendement, effectiviteit en efficiency moeten zeker gesteld worden maar horen niet alleen thuis in het gebied van de wetenschap maar ook op het bureau van de bedrijfskundige, de econoom of de gezondheidswetenschapper.

Ziekenhuisrevalidatie

Over de ziekenhuisrevalidatie en de geleidelijke toegroei van de ziekenhuisafdelingen en de revalidatiecentra heb ik reeds gesproken. In het laatste deel van deze oratie wil ik ingaan op de organisatie, op de inhoud en het belang van de **ziekenhuisrevalidatie**. Onder ziekenhuisrevalidatie versta ik een afdeling die zowel geëquipeerd is om de medebehandeling van in het ziekenhuis opgenomen patiënten te verzorgen, alsook faciliteiten heeft om poliklinische spreekuren en poliklinische behandelingen te verrichten. De revalidatie-arts die één of enkele dagdelen als consulent aanwezig is en een spreekuur doet, zonder de beschikking over een eigen afdeling en over in het revalidatieteamwerk opgeleide teamleden, kan een goed begin zijn, maar beschouw ik toch als half werk. Sommigen zien een ziekenhuisafdeling als niet meer dan een minusvariant van een revalidatiecentrum. Deze misvatting leidt ertoe dat ziekenhuisrevalidatie in een zekere concurrentie-positie komt te verkeren met de centra. De oorzaak van deze onjuiste beoordeling is gelegen in een verkeerde inschatting van de meerwaarde van een goed georganiseerde ziekenhuisrevalidatie-afdeling.

De medebehandeling betreft dat deel van de revalidatie dat plaatsvindt terwijl de patiënt nog opgenomen is in het ziekenhuis op de afdeling van de primair behandelend specialist.

Het belangrijkste aspect van medebehandeling is het stellen van de revalidatiediagnose en vooral van de functionele prognose. Het voorspellen van het functionele niveau op langere termijn is één van de moeilijkste maar ook één van de meest cruciale taken van een revalidatie-arts. De functionele prognose bepaalt niet alleen het revalidatieplan op langere termijn, maar is ook van directe invloed op beslissingen en interventies van de primair behandelend specialist. Het revalidatieplan is niet alleen afhankelijk van de primaire behandeling, maar omgekeerd worden de beslissingen en het handelen van de primair behandelend specialist mede bepaald door voorwaarden die vervuld moeten worden om op langere termijn een optimaal functioneel niveau te bereiken. Zo kan een chirurg besluiten een andere amputatietechniek toe te passen dan op basis van het arteriële vaatlijden voldoende zou zijn. Argumenten, samenhangend met toekomstig prothesegebruik, bepalen dan mede de amputatietechniek. Fracturen van de arm moeten soms bij een dwarslaesiepatiënt anders worden behandeld dan de traumatoloog gewend is. De afwijkende behandeling van de primair behandelend specialist wordt noodzakelijk gemaakt door het gebruik van

deze arm bij het handhaven van de zitbalans of bij transfers. Volgens deze benadering zijn de primair behandelend specialist en de revalidatie-arts op elkaar aangewezen en vindt er een integratie plaats van curatieve en revalidatiegeneeskundige expertise.

Het bepalen van de ontslagbestemming is een tweede elementair onderdeel van de medebehandeling. De ontslagbestemming hangt ondermeer af van de primaire aandoening en diens prognose en het maximaal haalbare functionele niveau op lange termijn.

De sociale omstandigheden en de psychische toestand spelen hierbij uiteraard ook een belangrijke rol. In het algemeen wordt gestreefd naar ontslag naar huis met nabehandeling door de huisarts en de overige disciplines die beschikbaar zijn in de eerstelijns. Indien er sprake is van complexe en meervoudige revalidatiedoelen dan zal de revalidatie bij voorkeur plaatsvinden op een polikliniek revalidatie in een ziekenhuis of centrum in de buurt van de patiënt. Opname in een revalidatiecentrum, klinische revalidatie, is alleen aangewezen als een patiënt verzorging nodig heeft die thuis niet geboden kan worden, of als de belasting van het reizen van en naar een polikliniek te groot is. Revalidatie vindt dus altijd poliklinisch plaats tenzij het niet anders kan.

Opname in een verpleeghuis geschiedt meestal als verzorging en verpleging op de voorgrond staan en indien de patiënt de belasting van een intensief revalidatieprogramma fysiek of psychisch niet aan zal kunnen.

De consequentie van dit ontslagbeleid is dat het merendeel van de revalidatiepatiënten na de ziekenhuisopname naar huis ontslagen wordt. In ons ziekenhuis wordt slechts 10% van de revalidatiepatiënten overgeplaatst naar een revalidatiecentrum voor een vervolgoopname. De meeste patiënten kunnen poliklinisch worden gerevalideerd met als groot voordeel dat de behandeldoelen, meer dan bij een klinische opname, door de patiënt voortdurend worden bijgesteld op basis van de praktische problemen die hij dagelijks thuis ervaart. De grote leegte en het gevoel van verlatenheid die na het stoppen van een klinische revalidatieperiode schijnen voor te komen worden bij een poliklinisch beleid nauwelijks aangetroffen.

Naast het stellen van de revalidatiediagnose en de functionele prognose en na het bepalen van de ontslagbestemming is het realiseren van de ontslagvoorwaarden het derde element van de medebehandeling. Bij patiënten die naar huis ontslagen zullen worden kunnen uiteenlopende ontslagvoorwaarden aan de orde zijn. Soms moet een patiënt voor ontslag eerst leren zelfstandig gebruik te maken van het toilet of een

transfer kunnen maken van bed naar rolstoel. Vaak ook dient de partner of andere gezinsleden instructie te krijgen om de patiënt te begeleiden of te helpen bij bepaalde activiteiten. Het regelen van tijdelijke hulpmiddelen, zoals een rolstoel of een toiletverhoging of het inschakelen van de wijkverpleegkundige behoort eveneens thuis bij de realisatie van de ontslagvoorwaarden.

In de eerste weken na opname worden patiënten bedreigd door complicaties, die vaak heel specifiek zijn voor de primaire aandoening en die de revalidatie op langere termijn ernstig kunnen bemoeilijken en vertragen. Preventie van deze complicaties, zoals bijvoorbeeld contracturen, decubitus en spieratrofie, zijn daarom een belangrijk onderdeel van de medebehandeling.

Behandelen gericht op het realiseren van lange termijn revalidatiedoelen staat onder aan het lijstje van de onderdelen waaruit de medebehandeling bestaat. Behandelen is het minst belangrijke onderdeel van de medebehandeling en dit vindt in het algemeen pas plaats als de diagnostiek en de prognostiek afgerond zijn, de ontslagbestemming bepaald is, de ontslagvoorwaarden gerealiseerd zijn en de complicaties onder controle zijn.

Wat is er nodig voor een goed georganiseerde medebehandeling? Allereerst is het een voorwaarde dat één of meer revalidatie-artsen dagelijks beschikbaar zijn voor het verrichten van de consulten, die het beginpunt van de medebehandeling vormen. Deze revalidatie-artsen kunnen zich niet beperken tot telefonische bereikbaarheid gedurende enkele dagdelen per week, maar zullen kind aan huis moeten zijn bij de afdelingen waar de patiënten met een revalidatie-indicatie liggen. Visitelopen, wekelijks overleg, en continue bereikbaarheid zijn hierbij de sleutelwoorden.

Het revalidatieteam dient samengesteld te zijn uit kerndisciplines, zoals de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de maatschappelijk werkende, de logopedist, de psycholoog en de revalidatieverpleegkundige. Deze laatste vervult een zeer belangrijke rol in de communicatie tussen de afdelingsverpleegkundigen en het revalidatieteam. Het op de hoogte houden van de verpleging van het revalidatiebeleid, vooral met betrekking tot complicatiepreventie, en het verzamelen van verpleegkundige informatie die van belang is voor het revalidatieproces, zijn zeer belangrijke en vaak onderschatte taken van de revalidatieverpleegkundige. Aan de leden van het klinische team worden hoge eisen gesteld. Wachtlijsten bestaan per definitie niet en problemen dienen snel geanalyseerd en opgelost te worden. De doelgerichtheid moet voorop staan en doelmatigheid is een absolute vereiste. De tijdsdruk waaronder gewerkt wordt en het feit dat de patiënten in

de eerste weken snel kunnen verbeteren of verslechteren vereisen creativiteit, flexibiliteit en goede onderlinge afstemming. Het is daarom onmogelijk een medebehandeling te organiseren met medewerkers die van andere afdelingen geleend moeten worden en die niet opgeleid zijn in het revalidatieteamwerk.

Behalve een goed functionerend revalidatieteam is een goed geoutilleerde polikliniek een voorwaarde om de medebehandeling mogelijk te maken. Hiervoor is een aantal redenen aan te voeren. Ten eerste verschaft een polikliniek de personele basis waaruit mensen ingezet kunnen worden voor de medebehandeling. Ziekte, vakantie, ADV en cursussen mogen immers de continue inzetbaarheid voor de medebehandeling niet frustreren. Ten tweede vereist de medebehandeling de beschikbaarheid van specifieke oefenruimten en materialen, die zonder polikliniek niet rendabel te maken zouden zijn. Tenslotte is de polikliniek de financiële kurk waarop de medebehandeling noodgedwongen moet drijven. Voor de medebehandeling bestaat geen tarief, hoewel de klinische activiteiten van het revalidatieteam in het AZR een equivalent van ca. 10.000 revalidatiedagbehandelingen vertegenwoordigen.

Voor de verdere ontwikkeling van de medebehandeling is het daarom van groot belang dat de directies van revalidatie-instellingen zich inzetten om afspraken te maken met de zorgverzekeraars en hun koepels om aan deze bizarre toestand een einde te maken.

Tenslotte

Voor de verdere ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde is het van groot belang dat de revalidatiemedebehandeling wordt geïntensiveerd en de ziekenhuisrevalidatie-afdelingen worden versterkt. De revalidatie-instellingen dienen regionaal, of liever nog landelijk, consensus te bereiken over opname-indicaties en ontslagprocedures voor de klinische en de poliklinische revalidatie, waarbij de eerstelijns en de verpleeghuizen zeker betrokken moeten worden. Alleen zo zullen we er in slagen een bijdrage te leveren aan de revalidatie van grote aantallen patiënten, die door een ziekte of een ongeval blijvende beperkingen ondervinden. Alleen zo kan de expertise van de revalidatiegeneeskunde worden ingezet van het begin tot het einde van de carrière die onze patiënten maken van opname in het ziekenhuis, via een revalidatiefase in een voor de individuele patiënt passende omgeving, tot een bestaan waarin optimale zelfstandigheid en reïntegratie in de maatschappij zijn gerealiseerd.

De toekomst van de revalidatie in de regio Rijnmond ziet er rooskleurig uit en geeft aanleiding tot optimisme. De opening van het revalidatiecentrum Rijndam Adriaanstichting in september dit jaar vervult een wens die bij velen, inclusief mijn voorganger, binnen het AZR al jaren leeft. Samenwerking tussen AZR, FGG en RRA biedt de mogelijkheid het onderwijs aan studenten verder te verbeteren en het patiëntgebonden onderzoek te intensiveren. Het netwerk van revalidatievoorzieningen is dan compleet en de uitdaging om te bewijzen dat ziekenhuis- en centrumrevalidatie geen aparte werelden vormen, maar op elkaar aangewezen zijn, zal met beide handen worden aangegrepen.

Dankwoord

Dames en Heren, staat U mij toe aan het einde gekomen van mijn rede, enige woorden van dank te richten aan hen die hebben bijgedragen aan mijn benoeming tot hoogleraar en aan mijn klinische, wetenschappelijke of persoonlijke vorming.

Het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam dank ik voor mijn benoeming tot hoogleraar. Het Faculteitsbestuur en de Faculteitsraad ben ik eveneens dank verschuldigd voor de langdurige inzet, die de facultaire regelgeving vereist.

De Leden van de Structuurcommissie en Benoemingscommissie, onder leiding van Professor Sniijders, dank ik voor hun geduld en doorzettingsvermogen.

De Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis ben ik dank verschuldigd voor het vertrouwen in de afdeling Revalidatie en voor de steun bij het ontwikkelen van nieuwe activiteiten.

Mijn voorganger en opleider Bangma heeft mij niet alleen het moeilijke vak van de revalidatie-arts geleerd, maar mij vooral ook ingevoerd in de politieke en beleidsmatige aspecten van een academisch complex en van landelijke organisaties. Hij heeft mij het judo-principe leren gebruiken, waarbij een goede techniek en de juiste tactiek voldoende zijn om een grotere, sterkere en zwaardere tegenstander te vloeren.

Professor Bakker leerde mij de behandeling van dwarslaesiepatiënten, maar vooral ook de relativiteit van het medisch bedrijf in een Westerse samenleving.

De collega-onderzoekers en specialisten van faculteit en ziekenhuis ben ik erkentelijk voor hun constructieve bijdragen aan de opbouw van het Instituut Revalidatie en aan de uitbouw van de Afdeling Revalidatie. Ik heb alle vertrouwen in een voortzetting van onze samenwerking.

De medewerkers van de afdeling verdienen waardering voor hun inzet en hun incasseringsvermogen in de jaren die achter ons liggen.

Beste Ouders, wij zijn niet gewend in het openbaar woorden van waardering en liefde uit te wisselen. Ik besef dat een academische carrière niet begint op 18-jarige leeftijd. De basis is door jullie inzet en jullie inzicht gelegd en daarvoor ben ik dankbaar.

Tenslotte Greet, Mats en Lotte, jullie behoren tot mijn andere bestaan. Tot een andere wereld die te vaak verstoord wordt door mijn werk in Rotterdam. Het belang dat ik aan jullie steun en liefde hecht zijn voor mij niet in woorden te vatten.

Ik heb gezegd.

Bronnen

- Bangma, B.D. Over revalidatie. Openbare les, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1972
- Bangma B.D. Notitie betreffende de klinische en niet klinische revalidatievoorzieningen in de regio Rijnmond, 1986
- Bangma B.D. Revalidatiegeneeskunde; het niveau van functioneren. Afscheidscollege, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989
- CBS/NIMAWO: Physical Disability in the population of the Netherlands 1986-1988
- Gracián, Baltasar. Handorakel en kunst van de voorzichtigheid. Atheneum - Polak en Van Genneep, Amsterdam 1990 (vert. Theo Kars)
- Kirby, R.L. Priorities and Rehabilitation Research. Am.J. Phys. Med. & Rehab. 73(1), febr. 1994
- Koster, Barend. WVG dupeert zwaar gehandicapten. Sociaal bestek Nr. 7/8, 1993
- Lankhorst, G.J. Revalidatie op niveau. Openbare les, Vrije Universiteit Amsterdam, 1990.
- Meegdes, J.G. Ziekenhuisrevalidatie wint terrein. VRinformatie, nummer 7, augustus 1994
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde: Concept Beleidsnota 1995-2000
- Revalidatiecentrum "De Hoogstraat": jaarverslagen 1983 en 1993
- Simons J. Overzichtsbeleid voor mensen met een lichamelijke handicap. No 22 682, vergaderjaar 1991-1992
- Spreeuwenberg, C. Revalidatiegeneeskundig onderzoek. Medisch Contact 49, Nr. 31/32, 1994
- Stam HJ, Schut HA, Bergen MP. Revalidatiemedebehandeling. Medisch Contact 48 Nr. 50; 1993: 1607-1610
- Stichting Samenwerkende Revalidatievoorzieningen Rijnmond. Nadere uitwerking van het beleidsplan, 1994.
- Symington D.C. Megatrends in rehabilitation: a Canadian perspective. Int. J. Rehabilitation Research 17, Nr. 1 1-14 (1994)