

**B. D. Bangma**

Over  
Revalidatie

# OVER REVALIDATIE

REDE

UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING VAN HET AMBT VAN  
GEWOON LECTOR IN DE REVALIDATIE AAN  
DE MEDISCHE FACULTEIT ROTTERDAM  
OP WOENSDAG 15 NOVEMBER 1972

DOOR

B. D. BANGMA



Mijnheer de Decaan,  
Dames en Heren,

## OVER REVALIDATIE

U hebt mij in de gelegenheid gesteld bij mijn intrede in de Medische Faculteit Rotterdam een uiteenzetting te geven over de revalidatie, wat de revalidatie is, doet en hoe, en over de plaats, die de revalidatie mijns inziens in de medische faculteit toekomt. Ik maak graag van die gelegenheid gebruik.

Bij de aanvaarding van het lectoraat in de revalidatie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam in 1965 heeft Dubbelman gezegd, dat hij de hem verstrekte opdracht moeilijk vond, vooral omdat de revalidatie geen orgaanspecialisme is en omdat de revalidatie een multidisciplinair karakter heeft, niet alleen in curatief-geneeskundige zin, doch ook in sociaal-geneeskundige en maatschappelijke zin.

Kon dit multidisciplinaire karakter in 1965 nog een moeilijkheid lijken, in 1972 is ook de curatieve geneeskunde zich bewust, dat het behandelen van patiënten geen eenmanszaak meer is. Hoewel de revalidatie in de geneeskunde een voorloper was wat betreft de multidisciplinaire benadering van de patiënt en daardoor in het verleden aanleiding heeft gegeven tot een zeker onbegrip en wantrouwen, nu behoeft dit geen zorg meer te baren, te minder daar de moderne opvattingen waarmee men in de geneeskunde worstelt duidelijk aantonen, dat de filosofie van de revalidatie en haar werkwijze op goede gronden werden gebaseerd en dat de richting die de revalidatie in de geneeskunde koos de juiste is geweest.

Wat wil nu deze revalidatie?

Er zijn vele definities die het trachten aan te geven. Als men ze eens naast elkaar legt, blijkt dat de inhoud in de loop der tijd verandert en zich aanpast aan de veranderende opvattingen over mens en maatschappij. Wat ook deze in de loop der tijden mogen geweest zijn, na de tweede

wereldoorlog, vooral ook als gevolg van de dringende aanbevelingen van de Social Commission van de United Nations Economic and Social Council, is de grondregel dat ook de invalide mens recht heeft op een normaal leven, een leven zoals dat zijn niet-invalide medeburgers hebben. Een leven in de zin van bestaan met inhoud!

Heel eenvoudig gezegd, de revalidatie is het helpen van de getroffen mens zijn veranderde zijnsvorm te accepteren en hem er mee te leren leven.

Wanneer iemand patiënt wordt, wordt hij veelal angstig, voelt hij zich ontmoedigd en ontredderd (Bom). De ontredde wordt te groter naarmate de patiënt zich de onherstelbaarheid van zijn lichamelijke en geestelijke vermogens meer bewust wordt en zich rekenschap gaat geven van de sociaal-maatschappelijke gevolgen van zijn gebrek, waarmee ik hier bedoel het in gebreke blijven. Het lichamenlijk gehandicapt zijn, zo zegt Metz in zijn studie over de inwoners van „het Dorp”, wordt niet alleen als een lichamenlijk maar vooral als een sociaal gegeven beleefd.

Hoewel de lichamenlijke factor, de blijvend veranderde verschijningsvorm of functionaliteit een grote invloed heeft, zijn het vooral het psychologische en het maatschappelijke aspect waardoor de patiënt zich bedreigd voelt. Niet alleen in verband met de veranderde verschijningsvorm van de persoon, zoals in het geval van amputatie of verlamming, maar ook door de moeilijkheden welke ontstaan door zijn veranderde situatie in het leven, in de intermenselijke contacten in familie en arbeid, en door de bewustwording van de onmogelijkheid tot zelfverwezenlijking passend bij het eigen maatschappelijk verwachtingspatroon.

Ook het economisch aspect doet zich gevoelen.

Wil men nu de gehandicapte persoon helpen en hem de gelegenheid bieden een optimale ontplooiing te bereiken, dan zal men dus van de somatische, psychische en maatschappelijke aspecten moeten uitgaan en integraal moeten werken.

Deze integrale benadering van de mens als psycho-somato-sociale eenheid is het kenmerkende van de revalidatie-filosofie; niet zoals bij de behandeling in engere zin is het anatomisch-fysiologisch herstel doel van de bemoeiingen, maar de inpassing, de invoeging van de mens met zijn gebrek in de maatschappij.

Een patiënt, zo zegt Stratingh, is immers niet volledig genezen als hij medisch-technisch hersteld zijn ziekbed of het ziekenhuis kan verlaten, ook al zijn de resultaten zo prachtig als men die maar wensen kan. De medische

behandeling, hoe perfect ook, is in vele gevallen slechts het beginstadium van het gehele herstelproces van de patiënt.

We zien dus dat de revalidatie zich richt op, tot object heeft de door ziekte, ongeval of aangeboren aandoening veroorzaakte functionaliteitsstoornissen en de daaruit voortkomende fysieke, psychische, intellectuele en maatschappelijke stoornissen.

Het doel van de revalidatieve geneeskunde is de invaliditeit van een door een lichamelijk lijden geïnvallideerde mens zoveel mogelijk te reduceren en de getroffenene op een voor hem optimaal lichamelijk peil te brengen, hem te helpen bij het overwinnen van zijn psychische en maatschappelijke moeilijkheden en hem zodoende in staat te stellen de voor hem optimale plaats in de maatschappij in te nemen en te behouden.

Het gaat hierbij steeds om hulp aan de individuele patiënt; dit in tegenstelling tot de sociale geneeskunde; dié immers richt zich op de mens in het milieu en niet tot een mens in zijn milieu.

Het zal U zijn opgevallen, dat ik spreek over functionaliteitsstoornis en niet over functiestoornis. Dit nieuwe begrip vereist enige toelichting. Kan onder functie met betrekking tot het lichaam worden verstaan de werking, de verrichting van de verschillende delen van het lichaam, onder functionaliteit willen wij begrijpen het gebruik, de aanwezigheid van de mogelijkheid tot het vervullen van een eigen taak, het zijn functie vervullen. Bijvoorbeeld, bij amputatie van delen van de hand zal deze hand een functiestoornis van onderdelen te zien kunnen geven; dit behoeft echter niet te betekenen, dat de hand niet meer kan dienen voor de taak waarvoor zij bedoeld is, noch behoeft het in te houden, dat de mens als totaliteit niet meer kan functioneren. Maar dikwijls veroorzaakt amputatie wel een functionaliteitsdefect. Dit functionaliteitsdefect en de gevolgen daarvan voor de patiënt zijn in de revalidatie object van onderzoek, behandeling en begeleiding. Richt de behandeling in de curatieve geneeskunde zich primair op de hand zelf, de revalidatie daarentegen richt zich op het gebruik van de hand in het totaal van de existentie van de patiënt.

Hoe gaat nu de revalidatie te werk?

De vraag is: wat kan de patiënt nog ondanks zijn gebrek?

U zult begrijpen dat de functionaliteitsdiagnostiek niet op de onderzoekbank alleen kan worden gedaan. De meest geavanceerde onderzoeksmethoden, zoals het electroencefalogram, het electromyogram, geven niet steeds duidelijk een inzicht in de mogelijkheden die de patiënt nog heeft.

Het onderzoek in het kader van de revalidatie zou eigenlijk in de praktijk, in de reële situatie moeten geschieden. Dit is niet altijd mogelijk. Daarom moeten voor de praktische situaties waarmee de patiënt in zijn leven in aanraking komt, modellen worden uitgedacht die de werkelijkheid benaderen. Later kan in de reële situatie, thuis en op het werk, de evaluatie worden voltooid.

Het revalidatieonderzoek zal steeds beginnen met een onderzoek naar de algemene lichamelijke toestand of wel de conditie van de patiënt: het is immers van groot belang te weten of de patiënt de training die hij misschien tijdens zijn revalidatie zal moeten doormaken, kan verdragen. Daarnaast is een medisch onderzoek nodig naar de localisatie, de ernst en de uitgebreidheid van de defecten, de kracht van de spieren, de functie van de gewrichten enzovoorts. Dit onderzoek is nodig niet alleen voor diagnose en prognose, doch ook omdat aan de hand van de uitslag de verdere evaluatie wordt geplanned en met het oog op de behandeling, die de patiënt nodig heeft ter verbetering van de nog resterende vermogens. Het spreekt vanzelf, dat de revalidatiearts dit onderzoek doet in overleg met de huisarts of de behandelende specialisten, aan de hand van door hen verstrekte gegevens. In vele gevallen is ook een onderzoek nodig naar de geestelijke en intellectuele vermogens van de patiënt, een onderzoek waarbij de psycholoog niet kan worden gemist.

Hoewel de mogelijkheid tot revalidatie en de kans van slagen daarvan afhankelijk zijn van de lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënt, zijn het de maatschappelijke eisen welke aan de patiënt worden of zullen worden gesteld, die bepalen welke weg moet worden ingeslagen.

Het gehele revalidatiegebeuren voor de patiënt dient immers te geschieden tegen de achtergrond van zijn leven, van zijn bestaan. Ook daarnaar dus een onderzoek.

Tenslotte de paramedische evaluatie, die afhankelijk van het stadium waarin de patiënt verkeert, wordt verricht door de verpleegkundige, de ergotherapeut en de fysiotherapeut. Het begint meestal met een groot aantal vragen betreffende de verrichtingen van alle dag, de zogenoemde Activiteiten van het Dagelijks Leven, kortweg de ADL genoemd. De antwoorden worden zowel anamnestic opgenomen als, voor zover nodig althans, in de reële situatie getoetst en met punten gewaardeerd. De scores worden bekeken op functionaliteit, op efficiëntie, waarbij de tijdsfactor een belangrijke rol speelt, op motivatie en vooral ook op de invloed van de omgeving, van de familie van de patiënt. Het is maar al te bekend, dat vele activiteiten die

de patiënt best zelf zou kunnen doen, hem onmogelijk worden gemaakt door overbezorgdheid en oververzorging door zijn naasten, soms met desastreuze gevolgen.

Op dezelfde wijze als de ADL wordt het beroep van de patiënt bekeken. Het belang en de mogelijkheden van het ADL-onderzoek wil ik U met een voorbeeld duidelijk maken. Een patiënt met halfzijdige verlamming kan niet van het toilet overeind komen — hij is voor naar het toilet gaan afhankelijk van hulp. Wat kan de oorzaak zijn?

Een lichamelijke zoals te geringe spierkracht in de bovenbenen, of pijn of contracturen in de beengewrichten? Is de patiënt bang te vallen, een psychische oorzaak dus? Of mist de patiënt de vaardigheid, zet hij soms bij het opstaan de voeten verkeerd neer? Of is er een technische oorzaak — de W.C.-pot te laag, het ontbreken van handgrepen?

De ADL-uitslag kan ook belangrijke medische consequenties hebben doordat deze de aandacht vestigt op lichamelijke oorzaken. Bekend is het voorbeeld van patiënten die door televisie of anderszins op hulpmiddelen attent gemaakt, vragen om een kousen-aantrekker omdat ze niet meer bij hun voeten kunnen komen en bij wie de ondervonden hinder het eerste teken blijkt te zijn van degeneratie van het heupgewricht, zodat specialistisch orthopedisch onderzoek is geboden.

Welke maatregelen voor de patiënt genomen moeten worden, is een beslissing die tot stand komt tussen de disciplines, die tot revalidatie samenwerken. In de gegeven voorbeelden zou de fysiotherapeut het probleem kunnen oplossen door behandeling of training, de ergotherapeut door aanpassing en hulpmiddelen. Een teamgesprek over het revalidatie-onderzoek is dus nodig en in dat gesprek wordt het revalidatieplan opgesteld. De leden van dit team zijn doorgaans de arts, de verpleegkundige, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de maatschappelijk werker.

*De fysiotherapeut behoeft nauwelijks introductie, al zijn maar weinigen werkelijk op de hoogte van de mogelijkheden, die de fysiotherapie te bieden heeft. Velen denken, misschien door deze onwetendheid, dat revalidatie en fysiotherapie synoniemen zijn. De fysiotherapeut als primair orgaanbehandelaar heeft een belangrijke taak, omdat hij vaak reeds in de eerste fase van de medische behandeling optreedt. Later is hij een gewaardeerde medewerker in het revalidatieteam, wanneer hij door zijn behandeling de patiënt tot grotere prestaties brengt.*



De ergotherapie, vroeger arbeidstherapie genoemd, is van huis uit meer gericht op het functioneren van de mens, zoals de naam al aanduidt. Al kan de ergotherapeut door het kiezen van gerichte arbeid evenals de fysiotherapeut een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van beperkte gewrichten, verminderde kracht, stoornissen van coördinatie en perceptie en verminderd uithoudingsvermogen, het functionaliteitsverlies staat bij de bemoeiingen van de ergotherapeut centraal. De evaluatie van resterende vermogens, de training daarvan en het uitdenken en vervaardigen van hulpmiddelen en aanpassingen ter vergroting van het kunnen van de patiënt vragen groot geduld en veel vindingrijkheid. De „grote revalidatie” is ondenkbaar zonder de bijdrage van de ergotherapie.

De maatschappelijk werker noemde ik reeds een aantal malen. De werkelijke dimensies van het maatschappelijk leven waarin de patiënt weer zal moeten leven, kunnen zonder onderzoek van de maatschappelijk werker niet duidelijk worden. Lichamelijk gehandicapt zijn heeft niet alleen lichamelijke maar vooral ook sociale dimensies (Metz). Deze sociale dimensies bepalen het toekomstig bestaan van de revalidant; aan deze moet gedurende het gehele revalidatiegebeuren worden gedacht. Naast de hier bedoelde maatschappelijke diagnostiek heeft de maatschappelijk werker een belangrijke taak in het revalidatieteam: de patiënt te helpen zijn rol in dat team te leren en ook te durven spelen, hem en veelal ook zijn naaste omgeving te helpen zijn gehandicapt zijn te aanvaarden en contact te leggen met de instanties, die in de maatschappij van belang zijn voor de revalidatie van de patiënt.

Het werk van de logopedist zal velen van U bekend zijn. Het uiterst moeilijke werk op het gebied van spraak- en taalstoornissen is van grote betekenis voor de revalidant, die aan dergelijke stoornissen lijdt, temeer waar die stoornissen vaak gepaard gaan met afwijkingen op het gebied van lezen en schrijven. Het verlies van deze communicatiemogelijkheden immers isoleert de patiënt zozeer, dat men zich wel mag afvragen of het menselijk bestaan in onze cultuur zonder deze nog wel enige inhoud zou hebben.

De instrumentmaker of liever de prothese- en orthesebouwer is een deskundige, wiens hulp dikwijls nodig is in het revalidatiecentrum. De grote vorderingen op technisch gebied stellen hem in de gelegenheid met kunstledematen en steunapparatuur ernstig getroffen patiënten soms in korte tijd een grote mate van validiteit terug te geven.

De samenstelling van het revalidatieteam, dat ook voor de uitwerking en de verwezenlijking van het revalidatieplan zorg draagt, is dynamisch. Ik wil hiermee zeggen dat het team wordt samengesteld naar gelang de somatische, de psychische en de maatschappelijke noden van de revalidant eisen en dat het voortdurend wordt aangepast aan de veranderingen, die zich tijdens de revalidatie voordoen en aan de vorderingen, die de patiënt maakt. Zo zal bij spraak- en taalstoornis de logopedist, in geval van amputatie de prothese- en orthesebouwer in het team worden uitgenodigd; voor een rolstoelpatiënt is soms de hulp van een architect nodig, die bouwkundige maatregelen bekijkt als op eenvoudiger wijze niet is te bereiken, dat de patiënt in zijn rolstoel thuis kan functioneren. In voorkomende gevallen moet de hulp worden gevraagd van onderwijs-, beroepskeuze- en arbeidsdeskundigen en ook van technici. En tenslotte moet dit alles worden betaald! Hiervoor is uitvoerig overleg nodig met overheids- en andere instanties zoals gemeentelijke sociale diensten, de Gemeenschappelijke Medische Dienst van de bedrijfsverenigingen en particuliere fondsen, aan welke de plannen moeten worden voorgelegd en van welke de instemming moet worden verkregen. De gehele opstelling van het revalidatieplan zal moeten getuigen van een reëel besef van de mogelijkheden, psychisch, somatisch en vooral ook maatschappelijk, om teleurstellingen te voorkomen.

Dames en heren. Het begint erop te lijken, dat ik in mijn verhaal over hoe de revalidatie te werk gaat, de patiënt zelf vergeet. Maar zo is het niet. Aan de patiënt is in dit gebeuren een actieve rol toebedacht, althans die wordt van hem verwacht, omdat zonder zijn medewerking zijn revalidatie niet zal slagen. De patiënt heeft inspraak, met zijn wensen wordt terdege rekening gehouden, ook al leidt dit wel eens tot conflicten en vertraging doordat de patiënt nog niet toe is aan al wat er voor en met hem moet worden gedaan, soms nauwelijks gemotiveerd is en vaak ook onvoldoende realiteitsbesef en inzicht heeft om inspraak te kunnen hebben. Ik kom hierop nog terug.

Er zijn er, die de patiënt het belangrijkste lid van het revalidatieteam achten, maar in alle bescheidenheid wil ik nog enige aandacht vragen voor de revalidatiearts. Deze heeft zijn eigen, medische inbreng, maar daarmee is zijn rol bepaald niet uitgespeeld. Het is de taak van de revalidatiearts het team te leiden en de werkzaamheden van de verschillende disciplines te coördineren. Het is ook zijn taak het contact te onderhouden met de behandelende artsen en de betrokken medische instanties.

Waar de revalidatie wordt gedaan, wordt bepaald door de aard en de ernst van het geval. Ik ben een voorstander van een revalidatiearts in ieder algemeen ziekenhuis, waarmee ik niet wil zeggen dat ieder algemeen ziekenhuis een volledige, eigen revalidatieafdeling behoort te hebben. In een dergelijke afdeling kunnen echter veel patiënten worden opgevangen en geholpen. Eenvoudige revalidatie zou bij de patiënt thuis kunnen gebeuren en zo hij daar niet of nog niet terecht kan in een verpleeghuis, onder leiding van de huisarts als deze daartoe bekwaam is. De complexe gevallen behoren in een revalidatiecentrum te worden opgenomen.

De revalidatieafdeling van een academisch ziekenhuis verschilt in wezen niet zoveel van een revalidatieafdeling van een algemeen ziekenhuis, behalve dan dat met onderwijs en onderzoek rekening moet worden gehouden. De afdeling zal behalve de medische dienst tenminste faciliteiten voor maatschappelijk werk, voor fysiotherapie d.w.z. fysische therapie, voor massage en voor oefentherapie, voor ergotherapie en voor logopedie moeten hebben. Een en ander zoals beschreven in het Advies inzake de medische facetten der revalidatie-inrichtingen opgesteld door de Centrale Bond voor de Volksgezondheid.

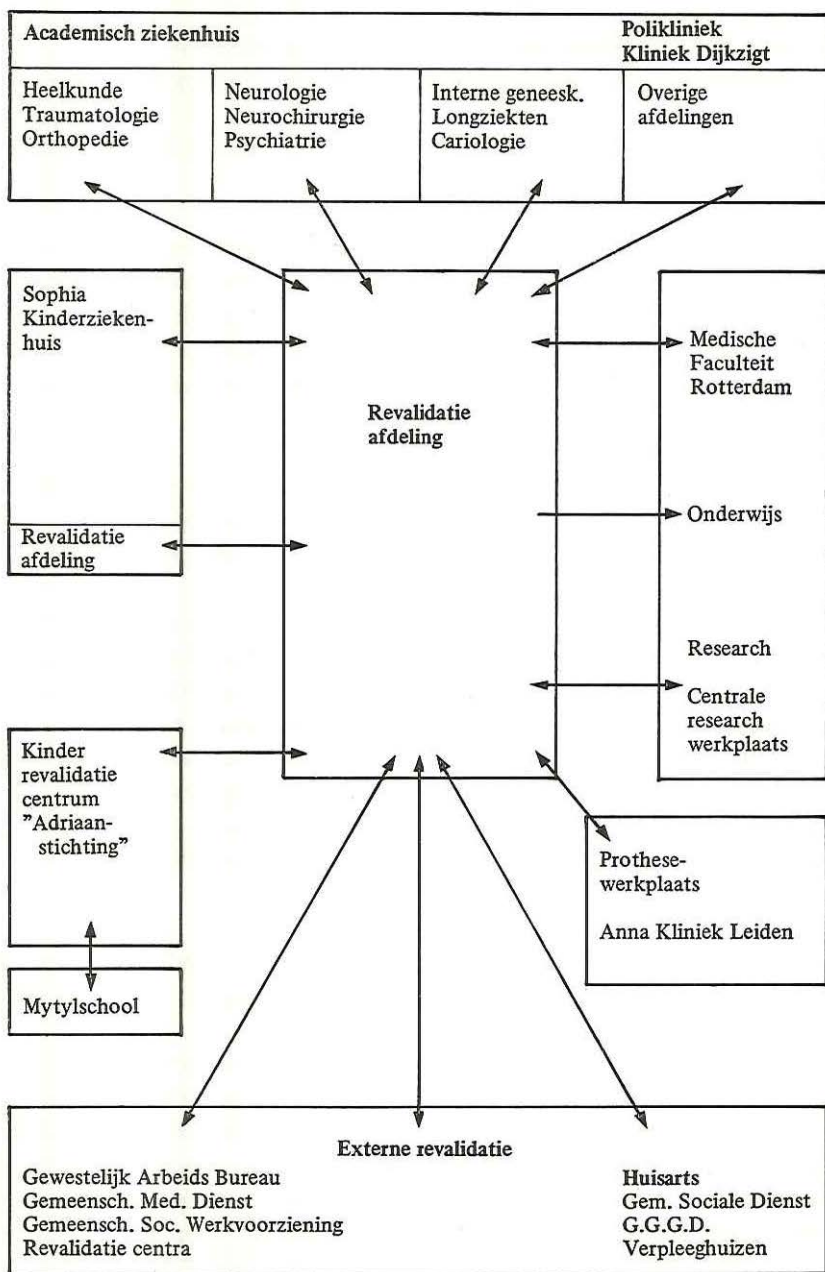
Over de taak van de afdeling revalidatie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam kan ik kort zijn. Het relatieschema (zie figuur I) laat U deze afdeling zien te midden van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, de Medische Faculteit, de Adriaanstichting als Rotterdams kinderrevalidatiecentrum, de huisartsen en de bij revalidatie betrokken externe organen en instanties. Het grootste deel van haar taak bestaat uit patient care voor nagenoeg alle afdelingen van het ziekenhuis. Voor klinische patiënten voert de afdeling zowel eenvoudige als complexe revalidatiebehandelingen uit; voor post-klinische patiënten en patiënten verwezen naar de poliklinieken is de bijdrage vooral complexe revalidatie.

Het trekt de aandacht, dat het Academisch Ziekenhuis Rotterdam niet een eigen klinische revalidatieafdeling heeft. Volledige revalidatie in al haar facetten kan derhalve niet worden gedaan, wat ook aan onderwijs en onderzoek en opleiding een beperking geeft.

Ik spreek voor U over revalidatie. Ik hoop U het wat, het waarom en het waartoe, het hoe, het wie en het waar te hebben duidelijk gemaakt. Nu over het wanneer.

**Relatie schema**  
**Revalidatie-afdeling A.Z.R.**

Fig. I



Wanneer komt de revalidatiearts en met hem het revalidatieteam in actie? Voor het antwoord op deze vraag is het nuttig in het medisch handelen een aantal fasen te onderscheiden:

- primaire behandeling van de ziekte of de ongevalsletsels;
- behandeling resp. nabehandeling van nevenaandoeningen veroorzaakt door de ziekte of het ongeval;
- revalidatie van de patiënt met functionaliteitsdefecten en invoegingsstoornissen.

De behandeling van de ziekte en de zieke zal in eerste instantie door de huisarts worden gedaan, in een aantal gevallen in samenwerking met een orgaanspecialist, aan wie soms de patiënt tijdelijk wordt overgedragen. Leidt deze primaire behandeling tot volledig biologisch herstel, dan zullen geen bijzondere maatregelen nodig zijn, als het herstel tenminste niet te lang op zich laat wachten.

Soms zal de ziekte of het ongeval aanleiding geven tot nevenverschijnselen. Zo kunnen bijvoorbeeld bij lange immobilisatie contracturen optreden. De behandelend arts zal dan vaak de hulp inroepen van een fysiotherapeut.

Er blijft een groep patiënten, voor wie geen volledig herstel wordt bereikt. Voor deze patiënten komen de revalidatiearts en het revalidatieteam in actie. Ingeval de prognose reeds in de eerste of tweede behandelfase wijst naar een blijvend gebrek of althans daarmee rekening houdt, is het nuttig de revalidatiearts zo vroeg mogelijk te raadplegen. Meestal treedt hij op in de derde fase, als blijvende restverschijnselen en invoegingsstoornissen zijn gebleken, als de patiënt niet in de somatische, psychische en maatschappelijke toestand van vóór de ziekte of van voor het ongeval kan worden teruggebracht.

Ik wil hier even vermelden dat sommigen reeds van revalidatie spreken, wanneer de patiënt door medische behandeling volledig herstelt, in de eerste fase dus. Dit is onjuist.

Ook de geschetste behandeling in fase twee wordt wel als revalidatie aangemerkt. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid noemt de behandeling van de arts met behulp van een paramedisch beroepsbeoefenaar enkelvoudige revalidatie. Wat in de derde fase wordt gedaan noemt de Centrale Raad meervoudige revalidatie. Met Festen ben ik van mening, dat alleen de meervoudige, complexe revalidatiebenadering als de eigenlijke revalidatie is te zien. Onder meervoudige revalidatie is te verstaan die benadering,

waarbij niet alleen de medische behandeling noodzakelijk is, maar bovendien nodig is een benadering van de patiënt door meerdere disciplines in volledig samenspel en met onderlinge beïnvloeding.

Ik wil nu van deze revalidatie nog enkele bijzondere aspecten bespreken. Ik sprak over de psycho-sociale gevolgtoestanden van ziekte of ongeval. Er zijn ook de psycho-sociale ziekmakende factoren. Ze staan de laatste tijd bijzonder in de aandacht, zozeer zelfs dat bij sommige groepen mensen de mening lijkt te hebben postgevat als zouden de somatische ziekten vergeleken daarbij nauwelijks belang hebben. Dit is overdreven, maar het belang van de ziekmakende psycho-sociale factoren kan niet ontkend worden. Ook in de revalidatie wordt men met deze factoren geconfronteerd. Meestal beïnvloeden zij de revalidatie in ongunstige zin. Dit is zelfs zozeer het geval dat ik de vraag of de revalidatieve geneeskunde met zijn meervoudige benadering een oplossing voor deze categorie patiënten, ik denk b.v. aan patiënten met rugsyndromen, kan betekenen, in zijn algemeenheid, althans bij de gebruikelijke samenstelling van het team, ontkenkend meen te moeten beantwoorden.

We moeten erkennen dat er zoiets bestaat als een medisch-technische macht (v.d. Berg), met daartegenover een zekere machteloosheid van de patiënt. Ik neem hier graag over de schematische onderscheiding van de somatische toestanden die van Linge in zijn inaugurele rede heeft gemaakt: de levensbedreigende aandoeningen en die aandoeningen die het bestaan van de patiënt dreigen te ontwrichten, die de kwaliteit van dit bestaan verminderen. De patiënt in zijn machteloosheid reageert op deze bedreigingen niet gelijk. Staat het leven op het spel, dan onderwerpt de bewust oordelende mens zich meestal aan de medisch-technische macht, in ieder geval als er zekerheid is dat zijn leven leefbaar blijft. Moeilijker is de beslissing, als alleen het bestaan wordt bedreigd. De patiënt zal dan de garantie verlangen, dat de voorgestelde ingreep de bedreiging afweert en zijn bestaan verbetert.

Hoezeer de artsen ook hun best doen om duidelijk, en samen met de patiënt, het voor en tegen van de voorgestelde behandelingen en ingrepen af te wegen, uit onderzoekingen is gebleken dat de ontwikkeling van de gemiddelde patiënt niet voldoende is om de schijnbare eenvoud van de medische gesprekspartner te volgen en naar waarde te schatten. Niet alleen zijn intellect, doch ook zijn onderworpen zijn aan de bedreiging van zijn bestaan maakt het de patiënt nagenoeg onmogelijk om ondanks alle gelegenheid tot inspraak een gereede gesprekspartner te zijn. Soms lijkt daar-

door de officiële geneeskunde, gebonden, onderworpen aan en gedwongen door wetten van wetenschap, ethiek en techniek als zij is, op een rechtbank die objectief een oordeel uitspreekt over het lichaam van de patiënt en daarmee over zijn bestaan.

Hier ligt mijns inziens een belangrijke taak voor de revalidatiearts en het met hem samenwerkende team. Dit team moet immers in staat geacht worden de inhoud van het bestaan van de patiënt in belangrijke mate te evalueren en de behandelende arts gegevens te verschaffen aan de hand waarvan hij zijn te nemen maatregelen kan overwegen en die hij nodig heeft voor zijn beslissing.

Ook zal de revalidatie een bijdrage kunnen leveren in de oordeelsvorming van de patiënt en hem door pre- en post-operatieve begeleiding kunnen steunen op weg naar het nieuwe evenwicht in zijn bestaan.

In zijn inaugurele rede „Van nieuwe mensen. De dingen die veranderen” zegt Weijel, wijzend op de toenemende ingewikkeldheid van het administratieve apparaat, dat er sprake is van vervreemding en van sociale macht. Voor de patiënt en de behandelend medicus schijnt de sociale macht een buiten hem staand geweld te zijn. De sociale verzekeringsgeneeskundige heeft voor de patiënt nog steeds een politioneel karakter, de patiënt voelt zich door hem bedreigd. Ook de bedrijfsgeneeskunde is niet te beschouwen als een absoluut neutrale discipline en staat maar al te vaak de revalidatie van de patiënt in de weg. Doch zelfs als deze sociaal-geneeskundigen als absoluut neutrale deskundigen zouden kunnen worden gezien, lijkt dit de garantie niet in te houden dat de sociale macht daardoor vermindert.

Het revalidatieteam heeft ook hier een belangrijke taak: de begeleiding van de patiënt als nietig voorwerp van verzekering. Het team moet en kan de patiënt bijstaan de hem toekomende rechten geldend te maken om zijn optimale reïntegratie te bereiken. Soms blijkt deskundige juridische bijstand nodig om het eenmaal uitgesproken oordeel van de sociale macht te veranderen. Een juridisch adviseur zou voor het revalidatieteam geen luxe zijn, het sociaal recht is voor outsiders ondoorgrondelijk, het gebrek aan jurisprudentie bemoeilijkt vaak gerichte hulp aan de patiënt en lacunes in de wet kunnen tot negatieve revalidatieresultaten leiden.

In verband hiermee moet het vurig betoog van Doeleman in het Sociaal Geneeskundig Jaarboek nog eens kritisch worden bekeken. Doeleman betoogt dat elke behandelend arts zich ook sociaal-geneeskundige moet voelen en de patiënt zo snel mogelijk weer aan het werk moet sturen. Afgezien van de veranderende plaats van de arbeid in onze samenleving is het de

vraag of zijn aangrijpend verzoek wel opgevolgd moet worden zolang er zeer aanzienlijke verschillen bestaan tussen de rechten uit de Wet op de Arbeids Ongeschiktheid en die uit de Werkloosheidswet.

Ik zou de sociale macht en de medisch-technische macht willen vergelijken met de rechterlijke macht en er voor willen pleiten, dat de patiënt bijstand krijgt tegenover deze machten, een soort medische advocatuur. Ik beschouw het in ieder geval als een taak van het revalidatieteam voor de aan dit team toevertrouwde patiënten.

Tot dusver heb ik gemakshalve alleen gesproken over de lichamelijk gehandicapten; het gebied van de revalidatie in de geneeskunde omvat echter drie terreinen:

- het terrein van de lichamelijke defecttoestanden, waaronder die van het locomotorisch apparaat en van de interne organen en systemen;
- het terrein van de geestelijke defecttoestanden, terrein van de psychiatrische ziekten, van de geestelijke volksgezondheid dus;
- en tenslotte het terrein van de zintuigelijke defecttoestanden.

De opvattingen en beginselen zoals uiteengezet voor de somatisch getroffen patiënt gelden in gelijke mate voor de beide andere gebieden van de revalidatie; de gebruikte technieken en middelen worden echter aangepast aan de oorzaak van de defecttoestand en de gevolgen daarvan.

Een afbakening van de revalidatie in de geneeskunde ten opzichte van revalidatie in het algemeen is, op zijn plaats. Was het woord revalidatie aanvankelijk voorbehouden aan de geneeskunde en had het een medisch-sociale betekenis, nu betekent het woord nog slechts „vernieuwen, verbeteren, behandelen”, en hoort men van stadswijkrevalidatie, vogelrevalidatie, sociale revalidatie en arbeidsrevalidatie. Per definitionem kan men geen zaken of dingen, zoals harten, arbeid, ziekenhuizen revalideren! De woorden zijn veelal uit het engels klakkeloos vertaald en geven in onze taal verwarrende gevolgen, al liggen de woorden vaak goed in het gehoor.

*Revalidatie in de ruime betekenis van het woord kan worden onderverdeeld in een aantal sectoren, te weten een medische, een sociale, een onderwijskundige en een arbeidssector. Men zij echter gewaarschuwd deze termen niet te gebruiken voor onderdelen van de revalidatieve geneeskunde. Het gecombineerde en gecoördineerde is hiervan toch immers het wezenlijke kenmerk!*

*Met „social rehabilitation”, in het Nederlands wel vertaald met sociale revalidatie, wordt een geheel eigen gebied aangeduid, dat weinig met de*



geneeskunde te maken heeft. Hiervoor zouden eerder de woorden „rehabilitatie” of „sociale reïntegratie” gebruikt moeten worden. Het gaat hier namelijk om de integratie of reïntegratie van personen, die door welke oorzaak dan ook primair sociaal gehandicapt zijn, zoals asociale en minderheidsgroepen. De negers in Amerika, de woonwagenbewoners in Nederland zijn hiervan voorbeelden. Dat geestelijk en lichamelijk gehandicapten ook als minderheidsgroepen gezien kunnen worden en gebaat kunnen zijn bij de technieken gebruikt in deze „social rehabilitation” doet daaraan niets af.

Arbeidsrevalidatie, de Nederlandse versie van „vocational rehabilitation”, bestond in Nederland allang vóóordat de term revalidatie tot ons was doorgedrongen. Bij de arbeidsbeurzen van vroeger heette die activiteit „arbeidsbemiddeling”; in 1927 werd de eerste afdeling voor Bijzondere Bemiddeling in Amsterdam geopend, met tot taak de arbeidsvoorziening ten behoeve van minder-arbeidsgeschikte werkzoekenden (Stratingh). De arbeidsbemiddeling richt zich op personen die door een of andere oorzaak hun werk hebben verloren. Scholing en omscholing horen daarbij. Ook hier geldt dat dit een activiteit is met een geheel eigen werkgebied. De gehandicapten hebben profijt van de technieken, de middelen en de mogelijkheden van deze arbeidsbemiddeling. Vertegenwoordigers van de afdelingen voor Bijzondere Bemiddeling van de Gewestelijke Arbeids Bureaux maken nagenoeg steeds deel uit van het door mij geschilderde revalidatieteam, en leveren menige waardevolle bijdrage.

Opvoedkundige revalidatie of educational rehabilitation is revalidatie voor delinquenten. Het begrip komt het meest overeen met reclassering.

Hoe het ook zij, ik zou iedereen willen uitnodigen de zaken eenvoudig te houden en de term revalidatie alleen te gebruiken in de geneeskunde, en wel als benaming van de meervoudige benadering van de lichamelijke, de geestelijke en de zintuiglijke gehandicapten.

Ik heb veel van Uw aandacht gevraagd voor de zorg van de patiënt. Mijn opdracht is in de eerste plaats het geven van onderwijs. Ter inleiding en als voorafgaande illustratie van wat ik daarover wil zeggen, moet ik terugkomen op het reeds vele malen genoemde teamwerk en in het bijzonder op de rol van de arts als leider van dit team.

Teamwerk is niet gemakkelijk, ook in de revalidatie niet. Om te beginnen duurt het meestal geruime tijd voordat de samenwerkende deskundigen elkaar voldoende begrijpen; de basisfilosofie van de revalidatie moet alle nieuwe medewerkers steeds weer worden geleerd. De teamleden moeten

elkaar respecteren, inzicht hebben in elkanders werkkerrein en het gemeenschappelijke doel steeds goed voor ogen houden. Teamwerk vraagt goede communicatie, niet alleen tijdens besprekingen doch ook als iedereen met de patiënten aan het werk is. Het revalidatiegebeuren vereist leiding, coördinatie, aanpassing en communicatie.

Voor het goed functioneren is een vaste leiding van het team onontbeerlijk. Het is mijns inziens de taak van de arts deze leiding te geven. En wel in de eerste plaats omdat de lichamelijke toestand van de patiënt de achtergrond van en de aanleiding is voor alle maatregelen. Alleen de arts is in staat op grond van zijn medische kennis de gang van de patiënt in zijn revalidatie af te wegen tegen de aard, de ernst en de prognose van de ziekte of het letsel. Deze arts zal verder voldoende op de hoogte moeten zijn van de technieken en de middelen welke de verschillende bijdragende disciplines gebruiken, en deze waar nodig ook met kennis van zaken moeten kunnen voorschrijven, naar waarde weten te schatten en te beoordelen. Kennis van de paramedische behandelingen en behandelingstechnieken is voor de leidinggevende arts een eerste vereiste. Ook moet hij vertrouwd zijn met de sociale wetgeving, zodat hij de patiënt kan helpen de hem toekomende rechten geldend te maken. Hij moet weten wanneer technische voorzieningen geïndiceerd zijn en op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Hij moet ook de bekwaamheid hebben de complexen verhoudingen en interacties van de somatische, psychische en maatschappelijke factoren te overzien en weten klaar te spelen dat de samenwerking van de deskundigen uit de verschillende vakgebieden gericht, soepel en continu verloopt. Tenslotte zal de arts dan ook nog een zekere vaardigheid moeten hebben in het leiden van teambesprekingen. De arts, als leider van het team, draagt de verantwoordelijkheid tegenover de patiënt alsook tegenover de bij de revalidatie betrokken instanties en organen.

Dames en Heren! Het revalidatie-onderwijsprogramma voor de aanstaande arts is U uit deze voorafgaande illustratie als het ware tegemoet gerold. Festen heeft als ideaal geschilderd, dat iedere behandelende arts de revalidatie van zijn patiënten leidt en de verantwoordelijkheid daarvoor draagt. Hiernaar te streven is een praktische noodzaak omdat het aantal patiënten dat revalidatie, enkelvoudig en meervoudig, behoeft zo groot is, dat vele artsen nodig zijn. Banens berekende aan de hand van het overzicht van de gegevens der ziekenhuizen in Nederland over 1961 dat ongeveer 470.000 patiënten behoefte hadden aan enkelvoudige revalidatie. Het aantal zal inmiddels veel groter zijn geworden. De berekening laat nog buiten beschouwing de patiënten die thuis werden behandeld.

De artsen die deze revalidatie zullen leiden, moeten dan wel kennis van zaken hebben, zij moeten daartoe onderwijs hebben ontvangen.

Voor zover mij bekend heeft reeds in 1957 de toenmalige Minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen erop aangedrongen dat revalidatie in het onderwijsprogramma van de aanstaande artsen zou worden opgenomen. Er is weinig van terecht gekomen. In 1965 werd het eerste lectoraat ingesteld aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, in 1970 volgde de Universiteit van Groningen. In Leiden werd het hoofd van de afdeling revalidatie van het Academisch Ziekenhuis betrokken bij het onderwijs. Het onderwijs in de revalidatie in Nederland bleef echter een incidenteel karakter houden.

Hoe dit onderwijs te realiseren zou zijn, geeft het rapport van de werkgroep van de Raad voor Revalidatie aan. Bepleit wordt de colleges en stages reeds vroeg in de studie te laten beginnen, terwijl voor huisartsen nog een verplichte stage wordt geadviseerd.

Niet alleen het onderwijs aan artsen, ook de opleidingen voor de verpleegkundigen, de paramedische beroepen, het maatschappelijk werk en de andere disciplines die zich op het terrein van de revalidatie bewegen, zullen meer aandacht aan de revalidatie moeten besteden.

Hoewel het aantal publicaties van revalidatieartsen niet onaanzienlijk is en het aantal voordrachten gehouden in de afgelopen jaren schier legio, kon er weinig wetenschappelijk werk tot stand komen. Ook hier wreekt zich het nagenoeg geheel ontbreken van faciliteiten voor revalidatie bij de medische faculteiten. Eerst trouwens moest een onnoemelijke hoeveelheid praktisch werk worden verzet. Door de noeste arbeid van een vrij kleine groep revalidatieartsen is er toch nog veel tot stand gebracht, zoals men kan zien aan de groei van de faciliteiten voor meervoudige revalidatie in Nederland in de laatste twintig jaar.

Zowel basiswetenschappelijk als toegepast wetenschappelijk werk is dringend nodig. Onderzoek zal moeten worden gedaan naar de waarde van bestaande en voor de ontwikkeling van nieuwe fysische methoden, technieken en apparatuur. Er is behoefte aan verbetering van de in de revalidatie gebruikte methodieken op medisch-sociaal, sociaal-psychologisch en medisch-ecologisch terrein. Van veel specialistische vakgebieden is een bijdrage nodig voor de research op het terrein van de revalidatie, de ontmoetingsplaats bij uitstek van de geneeskunde en de maatschappij. Het is te verwachten dat de revalidatieafdeling een belangrijke rol zal spelen als brug tussen techniek en

maatschappij op het terrein van de gehandicaptenzorg. De ingenieurs bijvoorbeeld kunnen schitterende prothesen ontwerpen — als hun werk niet geschiedt in nauwe wisselwerking met de realiteit van de patiënt in zijn leven, zullen het slechts technische staaltjes van vernuft zijn zonder praktische bruikbaarheid.

Mijnheer de Decaan, Dames en Heren, ik moet stoppen met mijn betoog. Ik ben mij ervan bewust dat ik maar even heb kunnen aanduiden wat mijn vakgebied is, doet en hoopt. Ik ben stilzwijgend voorbij gegaan aan de historische ontwikkeling. Stratingh zegt daarvan dat alles wat voor 1950 aan revalidatie werd gedaan een dilettantisch karakter had en slechts door particuliere organisaties en instellingen werd georganiseerd, maar er zou toch heel wat te vertellen zijn over alles wat tot stand werd gebracht. Ik ben niet ingegaan op de organisatie van de revalidatie in Nederland, op de taak, de functie en de plaats van de vele extramurale werkers die zich inzetten voor het welzijn van de gehandicapte. Ik beperkte mij met opzet tot datgene wat zich in mijn onmiddellijke omgeving voordoet.

Grote dank ben ik U verschuldigd, dat U mij tot het houden van deze Openbare Les in de gelegenheid stelde. Dank aan mijn collegae, de Hoogleraren en Lectores van de Medische Faculteit Rotterdam, die de revalidatie een plaats in het medisch gebeuren van deze Faculteit wilden geven; dank ook aan het Bestuur van de Faculteit en het Bestuur van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam.

Mijn opleiders De Groot als hoofd van de toen nog geheten afdeling voor Fysische Therapie van het Zuider Ziekenhuis hier ter stede, Den Oudsten als reumatoloog aan dat Ziekenhuis en Miedema als Geneesheer-Directeur/revalidatiearts van de Hoogstraat te Leerssum wil ik op dit moment nog eens danken voor het vele dat zij mij geleerd hebben. De stad Den Bosch, het Gemeentebestuur, het College van Regenten der Godshuizen dank ik, dat ik datgene wat ik leerde in praktijk mocht brengen, doch boven al en iedereen dank ik hen die bereid zijn geweest met mij te beginnen aan een werk waarvan destijds nog niemand de omvang en de inhoud zag — de eerste medewerkers van de revalidatieafdeling van het Groot Zieken Gasthuis te 's Hertogenbosch. Zonder hen zou ik nu hier niet staan, zonder hun enthousiaste medewerking en hun grote vertrouwen zou ik niet in staat geweest zijn aan te tonen dat de revalidatie in de geneeskunde een plaats verdient en een grote bijdrage kan leveren aan het welzijn van de individuele patiënt.

Ik dank U voor Uw aandacht.

LITERATUUR:

BANENS, J. H. M.

De revalidatie in Ziekeninrichtingen.  
Ons Ziekenhuis, April 1967 29.4.114.

VAN DEN BERG, Dr. J. H.

Medische macht en medische ethiek.  
Uitg. G. F. Callenbach N.V., Nijkerk 1969.

BOM, A. W.

Revalidatie - Quo Vadis?  
Openbare les 1970.

CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

Advies inzake de medische facetten der Revalidatie-inrichtingen. 1965.

DOELEMAN, Dr. H.

Jaarboek voor Sociale Gezondheidszorg 1972.  
Uitg. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V. Leiden.

DUBBELMAN, Dr. C. P.

Revalidatie en Oefentherapie.  
Openbare les 1965.

FESTEN, Dr. H.

Studiedagen voor sociale verzekeringsgeneeskunde. 1970.

LINGE, Prof. Dr. B. VAN

Staan op twee benen.  
Inaugurale rede 1972.

METZ, Dr. W.

Het Dorp. Menselijk welzijn en gebrek.  
Uitg. G. F. Callenbach N.V., Nijkerk.

STRATINGH, J. S.

Samenleving en verminderde arbeidsgeschiktheid.  
Uitg. Tjeenk Willink & Zn. N.V., Haarlem 1953.

WEIJEL, Dr. J. A.

Van nieuwe mensen. De dingen die veranderen.  
Inaugurale rede 1971.