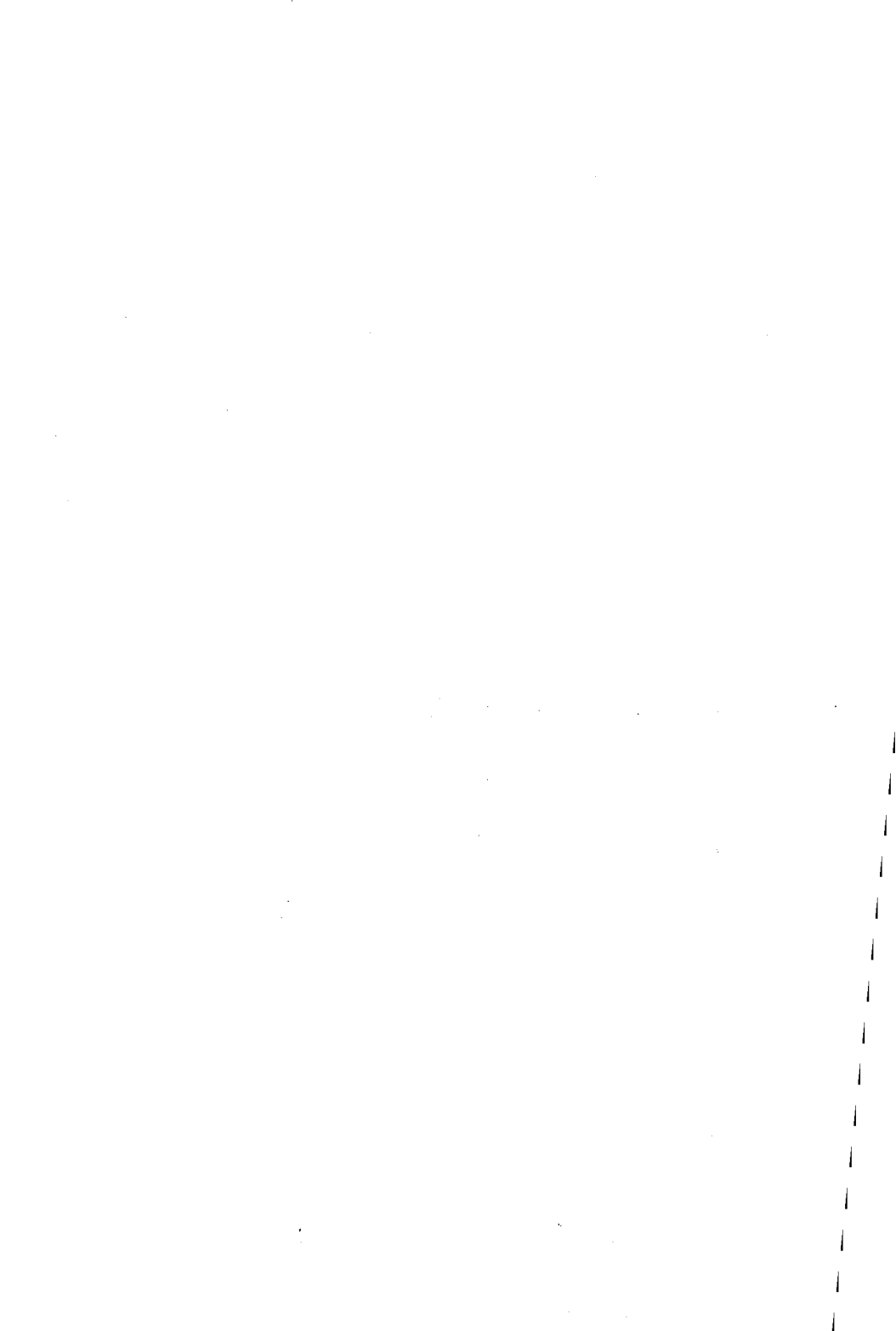


Al het vernuftige is misschien  
al zevenmaal gedacht.  
Maar toen het weer werd gedacht,  
in een andere tijd en situatie,  
was het niet meer hetzelfde.

Ernst Bloch  
'Avicenna und die  
Aristotelische Linke'



REVALIDATIE-GENEESKUNDE  
HET NIVEAU VAN FUNCTIONEREN

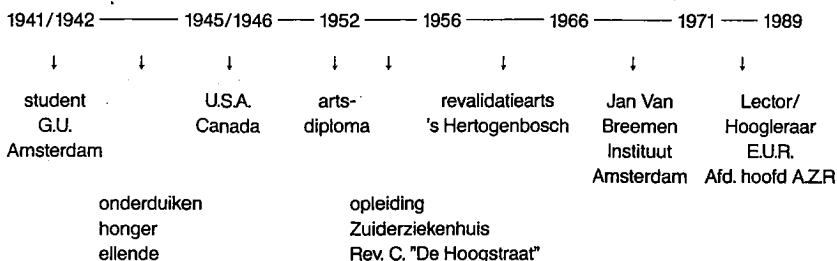
Een afscheidsrede heeft een aantal facetten die deze tot een toch bijzondere zaak maken. In een intree-rede zal, uitzonderingen daargelaten, het accent komen te liggen op "dit is wat ik doe en wat ik wil bereiken en dat zijn de middelen die ik er voor nodig heb" en gekleurd zijn door een zekere bravour van de hemelbestormer. Dat was ook wel wenselijk toen ik aan deze universiteit begon want de toenmalige dekaan zei dat eigenlijk niemand begreep wat ik kwam doen.

Een afscheidscollege is meer beschouwend, meer terugblikkend, enerzijds wat melancholisch met spijt over wat niet lukte maar anderzijds ook blij en opgewekt omdat de werkproblemen wegvallen. Er is geen haast meer, je eigen tijd heeft er als het ware een dimensie bijgekregen. Nu die dimensie anders is geworden en de dagen omvliegen, vaak zonder dat ik bewust ben van wat ik eigenlijk presteer, begrijp ik het spreekwoord "if you want to get something done, ask someone busy" nog veel beter. Terwijl ik meer tijd heb gekregen, tijd in de zin van "duur", schijnt het alsof er een zekere omgekeerde tijdsconcentratie optreedt.

Ik houd dus een afscheidstoespraak: de term college zou in dit verband de betekenis van "les" kunnen hebben en ik wil U noch een les leren noch de les lezen, al lees ik deze toespraak voor. Reflectie, weemoed, teleurstelling en vreugde zullen een rol spelen.

Er is een tijdspad, nu als idee van irreversibele rechtlijnige beweging der geschiedenis, op te zetten van mijn loopbaan en die ziet er ongeveer als volgt uit:

afb. 1.



Vanaf 1956 heb ik zeer actief deelgenomen aan de uitkristallisering van de idee revalidatie-revalidatiegeneeskunde in theorie, in praktijk, in bouwkundige vormgeving zowel als materiële structuur en outillage. Het was een interessante tijd vol spanning, strijd, tegenslag en inspanning. Toen ik koos voor het vak zei mijn toenmalige baas: ik raad het je af, er zit geen toekomst in, je zult er geen droog brood in verdienen. Hij kreeg geen gelijk. Ik had mij liever geworpen op de neurologie en de psychiatrie geïnspireerd door Prof. Biemond. Hij was ik ondergedoken was in de periode dat hij aan zijn boek werkte en door dokter Ali Cohen, psychiater in het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort.

Werkend op de afdeling Fysische Therapie van het Zuiderziekenhuis onder leiding van dokter A.L. de Groot kwam ik al ras tot de diepere overtuiging dat veel geestelijke nood tot somatisering leidt en lichamelijk lijden heel vaak psychische nood veroorzaakt. Ik ben toen gebleven, ook al omdat fysische therapie, nooit onderwezen tijdens mijn studie, mij interesseerde al ervoer ik het in het begin als een vorm van charlatanisme. De Groot heeft mij de grondbeginselen ervan geleerd. Met hem mocht ik ook vroege experimenten met een zelf gebouwd E.M.G.-apparaat doen: mijn voornaamste taak - een ietwat vernederende rol - bestond meestal uit het opgevouwen onder tafel zittend draadjes vasthoudend en spiercontracties leverend. In die tijd bezocht ik de afdeling Fysische Therapie in het nieuwe Gemeenteziekenhuis Dijkzigt en leerde dokter Van Gogh kennen. Mijn toenmalige besluit nooit in Dijkzigt te willen werken is ietwat anders uitgekomen.

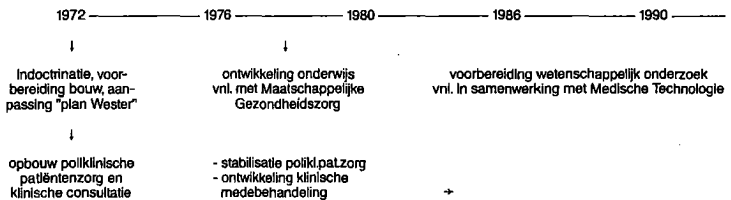
En het is juist over die periode dat ik graag nog wat vertellen wil.

Toen ik kwam had deze poliklinische afdeling jaren lang een stuurloze periode achter de rug. Dokter Van Gogh heeft zeer belangrijk werk gedaan voor de ontwikkeling van de revalidatie in Nederland. Het Militair Revalidatiecentrum Aardenburg te Doorn is door hem opgezet en in Dijkzigt liet hij een afdeling na die zowel fysiotherapie als ook ergotherapie omvatte. Vooral dat laatste heeft ons de middelen gegeven om duidelijk te maken hoe revalidatie werkt.

De periode van 1972 toen ik werd benoemd tot 1990 kan als volgt worden ingedeeld:

afb. 2:

De periode 1972 tot 1990 kan als volgt worden ingedeeld:



Aanvankelijk opgezet als een poliklinische afdeling is later de klinische zorg in het ziekenhuis op gang gekomen, waarop ik nog terugkom. Veel dank ben ik echter verschuldigd aan de klinische hoogleraren die de klinische medebehandeling niet alleen toereerden doch ook bevorderden. In 1972 waren er geen revalidatie-artsen voldoende om aan de vraag te voldoen en gewend aan prachtige werkplekken in bossen en aan stranden als zij waren, vond Rotterdam, en dan ook nog een academisch ziekenhuis, totaal geen aftrek.

Veel dank ben ik verschuldigd aan de assistenten uit mijn opleiding in Amsterdam die unaniem met mij naar Rotterdam zijn meegegaan en een start in Dijkzigt mogelijk hebben gemaakt. De komst van dokter van Gogh naar de afdeling heeft de georganiseerde patiëntenzorg eerst goed in gang gezet.

Dokter Pompe was een uitmuntend arts en revalidatie-arts. Hem ben ik veel dank verschuldigd. Zijn ziekte en vroege heengaan in januari 1989 heeft ons allen diep geschokt.

Naar mijn mening is onderwijs één van de peilers voor de toekomst van de revalidatie. Langzaam op gang komend in ongeveer 1974 is het mede door de stuwende hulp van Drs. Wim Zweekhorst van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, ontwikkeld tot een verplicht onderdeel van het medisch curriculum. Daarmee heeft de faculteit gevolg gegeven aan de Resolutie AP (84) 3 van de Raad van Europa, aanvaard op 17.4.1984 door het Comité van Ministers, waaronder die van Nederland. The European Academy of Rehabilitation Medicine, La Fédération Européenne de Medicine Physique et Réadaptation tesamen met de Sectie voor Fysische en Revalidatie-geneeskunde van de Europese Unie van Medische Specialisten hebben richtlijnen voor opleidingsprogramma's voor medische studenten en specialisten in Europa gepubliceerd (1989). Overeenkomend met de aanbeveling van de Resolutie van de Raad van Europa is de grondslag dat elke arts in zijn opleiding kennis moet krijgen van de specifieke filosofie, de specifieke doelstellingen, de methodologie en de gerelateerde technologie van revalidatie. Immers elke arts moet het revalidatieproces voor zijn patiënten in gang kunnen zetten en de niet-specialistische revalidatie moeten begeleiden en sturen. Wij zijn dan ook de onderwijsdekanen van onze faculteit dank verschuldigd voor de steun die zij voor deze ontwikkeling hebben gegeven.

Jaren geleden verzuchtte Prof. Jongbloed dat het zo moeilijk was om een artikel over revalidatie te schrijven binnen de door de tijdschriftredacties toegestane ruimte. Je moest, zo zei hij, elk artikel weer beginnen met een uitleg van wat revalidatie wel betekende. Sedertdien is er wel veel veranderd en wordt het woord door velen gebruikt en lijkt het alsof iedereen het begrijpt. Toch meen ik te moeten vaststellen dat het slechts schijn is. Nog niet zo lang geleden mocht ik in een promotiecommissie de verdediging aanhoren van een proefschrift over de behandeling van onderbeenfracturen. Op zich een heel boeiend onderzoek, maar in de beschrijving werden behandeling en na-behandeling niet zo erg duidelijk onderscheiden. In het boekje werden deze woorden namelijk consequent vervangen door het woord revalidatie. Is dat nu wel belangrijk? Naar mijn mening wel. In beginsel doet het de duidelijkheid van wat de arts, in dit geval de chirurg, werkelijk doet, tekort. De behandeling van een fractuur op zich is geen revalidatie, de na-behandeling van secundaire lichamelijke gevolgen is dit evenmin, zelfs als door betere behandeling en na-behandeling de duur van het ongemak en bij voorbeeld het arbeidsverzuim worden bekort. De bedoelde onduidelijkheid geeft bovendien aanleiding tot misleiding van de patiënt. Naar mijn opvatting heel vervelend omdat het misbruiken van de term revalidatie werkelijke in- c.q. samenspraak van de betrokkene met de arts onmogelijk maakt, zoals vaak is gebleken in gesprekken met patiënten die door ons werden gezien. Ik kom er dan ook niet onderuit en zal U toch voor alle duidelijkheid in het kort proberen uit te leggen wat wij onder revalidatie verstaan en wat de revalidatie-geneeskunde doet.

Ik kom er dus op terug.

De Verenigde Staten van Amerika kent 14 maal zo veel advocaten per miljoen inwoners als Nederland. Iedereen kan zich vrij vestigen na het beëindigen van de rechtenstudie. Er zijn er velen die werken op basis van een contingency fee, no cure no pay, maar de pay bedraagt 30 - 40% van de toegewezen schadevergoeding bij winst of schikking (trouwen het enige systeem waardoor minvermogenden hun recht kunnen halen en de enige manier om een compensatie te krijgen voor ondergaan leed of schade, of om een leven als gehandicapte draaglijk te maken). Maar overijverige advocaten creëren zo langzamerhand een natie van zeurpieten die geen kans missen iemand anders de schuld te geven. Bij het ontbreken van normgevende wetgeving kan zoiets volledig uit de hand lopen en een zeer negatieve invloed uitoefenen op de uitoefening van de geneeskunst. Er zijn artsen die zo gefrustreerd raken door wraakzuchtige patiënten en de schandalige verzekeringspremies dat zij het bijtje er bij neergooien en alsnog een rechtenstudie beginnen. Een voorbeeld met grimmige amusementswaarde haalt Hollander in haar artikel "Een oog om een oog plus een oog" aan. Een man die na een mislukte zelfmoordpoging in de ondergrondse de Health and Hospital Corporation vervolgde, stellend dat de dokters de zelfmoordpoging hadden moeten voorkomen. De Jury "gaf" hem 2,3 miljoen dollars voor het gemis van zijn benen.

Gelukkig, zo verzekert men de Nederlander, zal het in ons land nooit zo ver komen. Of die geruststelling op goede gronden berust en ook zal blijven gelden als wij straks Europeanen geworden zijn, betwijfel ik.

Wat heeft revalidatie daar nu mee te maken?

Het feit dat de revalidatie-arts veelal na een langere periode van medisch en paramedisch handelen betrokken wordt bij de zaken, levert de moeilijkheid op dat hij of zij inlichtingen vergarend, vaak in aanraking komt met schade ontstaan door gemis aan coördinatie, achteloosheid en zelfs fouten. Wij zijn geneigd om in het licht van de sociale voorzieningen maar al te gauw aan te nemen dat de schade wel wordt opgevangen. Juist door het feit dat de revalidatie-arts in een team werkt met maatschappelijk werkers en psychologen wordt veelal echter de omvang van de werkelijke schade duidelijk. Dit brengt in sommige gevallen met zich mee dat men zich gedwongen voelt toch de juridische weg te bewandelen en een schadeclaim in te dienen en zo het leven van betrokkene minder ondraaglijk te maken.

Een tweede aspect doet zich hierbij voor. Verzekeringsmaatschappijen en Ziektekostenverzekeraars doen vaak moeilijk over de kosten die revalidatie-geneeskundige hulp met zich meebrengt. Vaak denkt men kostensparend te werken door alleen paramedische nabehandeling af te dwingen. Dit brengt nu reeds de nodige beroepsprocedures met zich mee, wil men de patiënt recht doen. In de toekomst lijkt het niet onwaarschijnlijk dat de Ziektekostenverzekeraars meer aandacht zullen geven aan het mogelijke recht kosten te verhalen langs juridische weg. Dan zal de revalidatie-arts tmeer zorg hebben te dragen voor de kostenvergoeding van de integrale revalidatie.

Een derde facet is dat de revalidatie-arts met het revalidatieteam veel ervaring heeft van het meten van de inhoud van het bestaan. De Methode van Revalidatie stoelt immers op die van de geneeskunde, op medische uitgangspunten en de gevolgen van ongeval, ziekte, congenitale aandoeningen en leeftijd voor het leven van alle dag (inclusief de psychische beleving) van de betrokken invalide mens.

De ervaring in en de methodologie van het meten en het prognostiseren van de wenselijkheid van medisch-technisch ingrijpen zijn voor het verkrijgen van een indruk van de meerwaarde tengevolge van de medisch-technische acties van groot belang. Daardoor kan en moet de revalidatiegeneeskunde een bijdrage leveren in de beslismomen van de theoretische beslis-kunde op medisch gebied. Overigens, en dit niet alleen als zijdelingse opmerking, brengt dit wel met zich mee dat in de niet-theoretische, dus in praktische situaties, zoals die zich voordoen bij acute condities, de eerste hulp en intensive care, dan ook 24 uur per etmaal over een revalidatie-arts moet kunnen worden beschikt!

Ten vierde kan de deskundigheid van de revalidatie-arts die immers de beschikking heeft over een diagnostisch c.q. behandelteam, een belangrijke bijdrage leveren aan het werk van de beroepsinstanties bij de beoordeling van arbeids- c.q. prestatie-ongeschiktheid en de behoefte aan voorzieningen die nodig zijn voor een draaglijk bestaan als gehandicapte.

Dankbaar ben ik dan ook de Voorzitter van de Raad van Beroep te Rotterdam die mij, door mij te laten benoemen als vaste deskundige, in staat heeft gesteld ervaring op te doen en deze in de leersituatie als opleider uit te dragen (Bangma en Zweekhorst 1987).

Ook de samenwerking met het Expertise Centrum Rotterdam en zijn directeur Drs. Kazemier heeft daaraan bijgedragen.

Tot slot nog eenmaal terugkomend op de mogelijkheid van toeneming van schadeclaims, bij het ziekenhuis ware het misschien wenselijk te denken aan een ingangsspecialist, een "floopcoördinator" en een uitgangsspecialist die beziet of alle maatregelen van zorg en van nazorg zijn genomen. In vele opzichten zal voor de laatste functie een revalidatie-arts geen vreemde vogel zijn.

Dames en Heren, als ik debiliteit zou mogen omschrijven als een vooral in verstandelijk tekortschietende mogelijkheid tot ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid dan zou ik kunnen stellen dat de relatieve debiliteit van het Nederlandse volk hand over hand toeneemt. Met persoonlijkheid bedoel ik dan de in het biologisch organisme gecoördineerde geheel van psychische en psycho-fysiologische functionele potentialiteiten van een individu in en ten aanzien van concrete situaties.

Ik doel niet hier in de eerste plaats op ons schoolsysteem, dat de neiging heeft een kleuter reeds als student te betitelen, hetgeen de betrokkene de misplaatste idee geeft dat hij of zij al meetelt. Nee, ik doel op de grote technologische vooruitgang. Het best kan ik dit illustreren aan mijn eigen recente ervaring. Om de door zovelen voorspelde leegte na pensionering tegen te gaan en tegelijkertijd een voorbereiding te treffen voor de werkelijke oude dag, hebben wij besloten om ons huis ingrijpend aan te

passen en zoveel mogelijk technologische gemakjes in te bouwen. Zo zijn er deurbeantwoorders, met voor elke afdeling van het huis te onderscheiden belseignalen, telefoonapparaten door het hele huis, vaatwasmachines, wasmachine, wasdroger, multifocaal bedienbare audiovisuele apparatuur enzovoort.

De vele elektronische geluiden die deze apparaten maken zijn nauwelijks te onderscheiden en we lopen dan ook vaak naar het fornuis als in werkelijkheid de telefoon gaat of omgedraaid. Veel van de apparaten zijn multifunctioneel en om dat allemaal te begrijpen moet je dikke gebruiksaanwijzingen doorworstelen en bij de hand houden, want je kunt je kip - om een eenvoudig voorbeeld te geven - gewoon braden dan wel grillen of/en met hete lucht bereiden, of de was kastdroog, of strijkdroog enzovoort hebben. Nu heb ik de P.C. nog maar buiten beschouwing gelaten, automatisch bestellen en betalen kan toch nog niet overal. Met de hand schrijven is ook best leuk.

Mijn conclusie met bovengenoemde ervaringen is, dat ik toch niet zo intelligent ben als ik altijd dacht en dat de uitspraak van één van mijn opleiders aan het eind van mijn opleiding misschien meer waar was dan fysisch juist. Hij voorspelde mij een grote toekomst, verheugd wachtend op zijn argumenten daarvoor, werd ik nogal bedroefd toen hij zei: "want in een vacuüm gaat zelfs het niets omhoog". Waarde heeft de opmerking 'echter wel gehad, gedurende mijn loopbaan heb ik er vaak aan moeten denken.

Het wat speelse verhaaltje verbergt toch een zekere tragiek en ook een waarschuwing. Hulpmiddelen en aanpassingen kennen baten en lasten (Jonkers). Onder hulpmiddelen en aanpassingen verstaan wij voorwerpen en/of bouwkundige veranderingen die ontworpen zijn om te worden gebruikt ter compensatie van lichamelijk onvermogen. De normale maatschappij maakt er maar al te vaak gebruik van (als voorbeeld kent U de auto, de paraplu, mes en vork). Het laatste voorbeeld laat U dan ook nog heel direct de culturele invloed zien. Veel algemene gebruiksartikelen komen voor een dergelijke compensatie dus in aanmerking, niet alleen voor de niet-gehandicapte mens maar ook voor de gehandicapte. Ik laat de kwaliteit ervan buiten beschouwing en richt mij vooral op de bruikbaarheid. Deze wordt bepaald door het totale complex van interacties tussen de lichamelijk gestoorde mens, zijn technische voorzieningen en zijn materiële en immateriële omgeving. Dat wil zeggen de totale gebruikssituatie, waarin de mens-hulpmiddelen relatie zich afspeelt. Jonkers duidt er op dat de waarde van een hulpmiddel, waarmee bedoeld wordt acceptatie en intensief gebruik, afhangt van de verhouding van emotionele, mentale en fysieke belasting die het middel oproept c.q. vergt enerzijds en het praktisch nut anderzijds. Gemakkelijk is in te zien waarom hulpmiddelen vaak niet worden gebruikt. Zij beantwoorden dan niet aan deze genoemde basisuitgangspunten. Voor de bevolkingsgroep die door de Fransen zo elegant "les personnes aux cheveux d'argent" wordt genoemd kunnen mijn genoemde ervaringen bij bijvoorbeeld tremoren, verlies van gehoor etc. tot onoverkomelijke moeilijkheden leiden. De thuiszorg en zelfzorg kunnen door vernuft onmogelijk worden! Toen haar hele woning was aangepast en zij alle hulpmiddelen had verkregen voor de hoogst bereikbare onafhankelijkheidsgraad zei een dame tegen mij dat zij zich nu pas echt invalide voelde.



In mijn openbare les in 1972 stelde ik dat het te verwachten zou zijn dat de revalidatie-afdelingen een belangrijke rol zouden spelen als brug tussen techniek en maatschappij op het terrein van de gehandicapte zorg.

Ik stelde toen dat als het werk van de ingenieurs niet zou geschieden in nauwe wisselwerking met de realiteit van de patiënt in zijn leven, de resultaten slechts technische staaltjes van vernuft zouden zijn zonder praktische bruikbaarheid. Niettegenstaande de geweldige bijdrage die de medische technologie en ook de fabrikanten van revalidatieproducten hebben geleverd op het gebied van hulpmiddelen en aanpassingen, blijft de waarschuwing van kracht dat de praktische bruikbaarheid vooral doorslaggevend is.

De revalidatie-arts is bij uitstek geschikt om deze praktische bruikbaarheid te voorspellen door de methode van werken die hij heeft. Ook dan blijft het zeer moeilijk nog de persoonlijk beleefde waarde te voorspellen.

Ik verplichtte mij U toch nog enige uitleg te geven over revalidatie-geneeskunde.

Tussen de onmiddellijke en resterende gevolgen van ziekte bestaan overeenkomsten en verschillen, soms schijnt de grens zo vaag dat men zich het onderscheid nauwelijks realiseert. Ziekte veroorzaakt stoornissen van functies waardoor beperkingen van vaardigheden ingrijpende, soms plotseling optredende veranderingen in de dagelijkse rolvervulling optreden. Ziekte gaat vaak vanzelf over, behandeling leidt vaak tot herstel. In geval van een maagperforatie zijn de gevolgen begrijpelijk en min of meer voorspelbaar: plotselinge uitschakeling met alle gevolgen vandien voor de patiënt, behandeling en vaak volledig herstel. Chronische ziekten kunnen gekenmerkt worden door een sluipend, onbegrepen begin door een geleidelijke, soms onopvallende vermindering van het functioneren. De chronische ziekten en de behandeling ervan veroorzaken soms heel veel last. Soms is de betrokkene zich nauwelijks bewust van de steeds omvangrijkere beperkingen die hij zichzelf oplegt, waardoor de confrontatie met het grondlijden wordt vermeden. Dit treft men vaak aan bij de oudere patiënt, maar lijkt een algemeen menselijke eigenschap. Het "ik kan niet (meer)" wil de meesten van ons niet over de lippen. Een zichtbare stoornis is voor vele betrokkenen zelf een grote ergeris die psychisch vaak grote gevolgen heeft: voor anderen is het juist de onzichtbare stoornis (b.v. beginnende doofheid) die het moeilijkst te verdragen is. Kortom ziekte heeft gevolgen die enerzijds afhankelijk zijn van de wijze van optreden, verloop, ernst, localisatie en behandelbaarheid en anderzijds van de norm, persoonlijkheid, leeftijd. De norm is bepalend voor veel ellende. Het "niet kunnen" is niet alleen zwaar te verduren, het "afwijkend zijn" geeft soms de betrokkene meer verdriet dan de dood zelf zou kunnen. Ook kunnen ouders of partners zulk een verdriet ervaren door de veranderingen van de persoon, het verlies van waardigheid, zelfvertrouwen en uitzicht. De norm is cultureel door leeftijd, positie, situatie, lichaamsmaten, mode enz. bepaald. Deze "dynamiek" van de norm is vaak, voor wat de betekenis voor het individu betreft, een nauwelijks in te schatten maar zeker niet te verwaarlozen factor.

Dus het gebied van gevolgen van ziekte, trauma en aangeboren toestanden geeft een bonte schakering van ingrijpende, steeds aan veranderingen onderhevige, combinaties te zien, niet alleen voor het individu maar ook voor de omgeving. Collectief gezien veroorzaken de gevolgen economische en maatschappelijke effecten, die vele malen erger zijn dan de onmiddellijke gevolgen van de ziekte zelf. De kosten van de consequenties van ziekte en trauma overtreffen die van de geneeskunde met een factor 5. Meer dan ooit, door de verbeterende overlevingskansen en de veroudering van de bevolking is bezinning op de consequenties van ziekte, trauma, fysiologische gevolgen van ouderdom en invaliditeit noodzakelijk. Het is de taak en de plicht van elke arts zich rekenschap te geven van de (veranderde) "quality of life" en de betekenis ervan voor individu en maatschappij. Het is de grote verdienste van Wood internationaal ordening in het zo omvangrijke gebied te hebben gebracht zoals dit trouwens al eerder het geval was in de praktijk van de revalidatie-arts met betrekking tot interventies op het terrein van de "quality of life" van de individuele mindervalide.

Het is goed om eerst even stil te staan bij de gebruikelijke modellen. Het klassieke medische model met als basis van handelen en opvatting van ziekten kan als volgt worden weergegeven

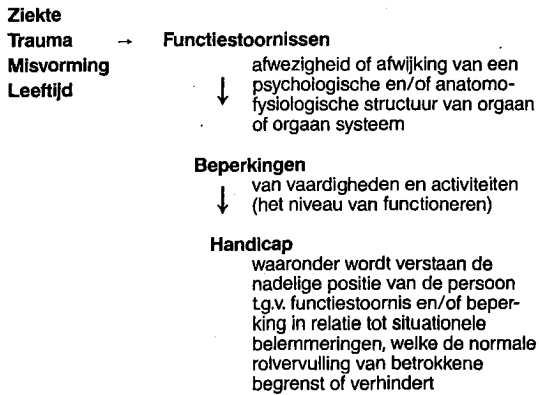
afb. 3

etiologie → pathologie → symptomatologie.

Dit concept heeft grote waarde voor diagnostiek en therapie. De laat-klassieke geneeskunde, voor welke de penetratie van de psycho-analyse en de sociologie kenmerkend is, heeft dat model echter al veranderd (Mitscherlich, 1972). De betekenis van psychologische processen en maatschappelijke omstandigheden als etiologische momenten werden erkend. Ze werden echter vooral als de ziekmakende en ziekte-onderhoudende factoren gezien.

In het algemeen kan worden gesteld dat voor de persoon als zieke de gevolgen van zijn/haar ziekte of aandoening het meest belangrijk zijn. Metz (1969) wees er op dat de zieke zijn ziekte en de gevolgen ervan naast lichamelijke realiteit vooral ook als psycho-sociale gegevenheid beleeft. Ook Wood (1981) wijst er op dat niet de ziekte zelf de consument van de gezondheidszorg creëert, maar dat vooral de gevolgen ervan voor hem de patiënt hulp doet zoeken. In Nederland formuleerde Jongbloed als eerste het begrip functionaliteit, waarmee het benutten van algemeen menselijke vaardigheden werd bedoeld. Vanaf 1972 werd de functionaliteitsstoornis als het belangrijkste object van revalidatie denken en doen verder ontwikkeld (Bangma 1972, 1975). In 1976 verscheen de eerste versie van International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH, Wood, 1976). Door de herziene uitgave in 1980 ontspan zich onder auspiciën van de Wereld Gezondheidszorg Organisatie een wereldwijde discussie over de begrippen die de toestand van invaliden kan omschrijven in termen van gevolgen. De begrippen Impairment, Disability en Handicap, in het Nederlands: functiestoornis, beperking en handicap hebben algemeen ingang gevonden. De gevolgen van ziekte en andere aandoeningen kunnen dan als volgt schematisch worden weergegeven (het zg. gevolgenmodel):

afb. 4

**"GEVOLGENMODEL"**

Enige verduidelijking is behulpzaam: een jonge man van 21 jaar loopt door een glasverwonding een doorsnijding op van de flexorpees van dig. II rechts. Hij is rechtshandig en optimale vaardigheid is voor de uitoefening van zijn beroep vereist. De pees wordt primair gehecht en geneest voorspoedig; de man hervat na 3 maanden zijn werk, na een periode van nabehandeling.

De schematische weergave van het revalidatie-geneeskundig model in dit geval ziet er als volgt uit:

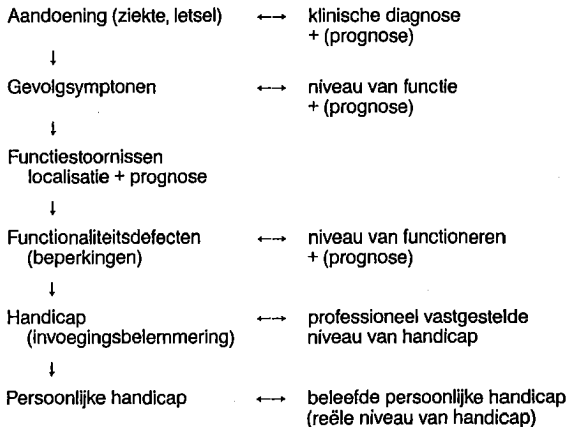
afb. 5

**REVALIDATIE GENEESKUNDIG MODEL**

Behandeling (hechten, wondverzorging, immobilisatie) en nabehandeling b.v. fysiotherapie in de zin van oefentherapie, geeft meestal volledig herstel. Er zijn dan geen blijvende functiestoornissen en beperkingen, al kunnen de tijdelijke beperkingen lastig zijn en ook tijdelijke revalidatieve hulp wenselijk maken. Een meer blijvende handicap is echter niet waarschijnlijk. In de revalidatie-geneeskunde gaat het om langdurige (passagère) of blijvende functiestoornissen ook al kan de etiologie worden weggenomen en de pathologie (afdoende) worden bestreden, blijven vaak functiestoornissen over. Het voor de revalidatie-geneeskunde geldende schema is dan de combinatie van schema 4 en 5, zoals weergegeven in afbeelding 6:

afb. 6

## REVALIDATIE GENEESKUNDIG ONDERZOEKMODEL



De hiërarchie hiervan is niet steeds zo rechtlijnig. Belangrijke voorbeelden zijn: dwarsverwondingen van het ruggemerk, amputaties en b.v. verlammingen bij neurologische ziekten. Voor iedereen heeft een dergelijke toestand ingrijpende psychische, somatische en maatschappelijke gevolgen.

De doelstellingen van de revalidatie-geneeskundige interventie zijn nu het verbeteren van functies en functioneren zowel lichamelijk als psychisch en het voorkomen resp. verminderen van handicaps.

Diagnostiek, behandeling en prognostiek van de primaire aandoening en van het niveau van functioneren met de daarbij op de persoon toegesneden training en eventuele aanvullende hulpmiddelen en aanpassingen vormen de grondslag van het revalidatie-geneeskundige doen. Op de methode van werken wil ik niet verder ingaan. Die is uitgewerkt en beschreven (Bangma, Pompe en Pronk, 1989; Lankhorst 1989, De Moor e.a. 1990).

Begrijpelijk is dat het diagnostiseren en het waarderen van het niveau van functioneren, waardoor het toegankelijk wordt voor patiëntenzorg, medische beslissingen en research, veel ervaring en onderzoek nodig maakt. Lankhorst (1990) heeft hierop nog eens nadrukkelijk gewezen in zijn recente oratie.

Wel wil ik nog even stil staan bij het begrip "handicap". Het kenmerkende van de revalidatie-geneeskundige gedachte is dat functiestoornissen worden gezien als fenomenen, die slechts waarde krijgen in relatie tot de mogelijkheid van functioneren van de betrokkene en zijn/haar maatschappelijke omstandigheden. De persoonlijk beleefde nadelige positie, onder invloed van de eigen wensen, de druk van onvermijdbare en dus onontkomelijke maatschappelijk eisen, de verandering resp. de verminking van eigen lichaam en geest, en de mate van kracht om er mee te leven (het zgn. "coping-mechanism") bepalen in belangrijke mate of er een handicap bestaat en de omvang ervan. Een handicap is de belemmering om als sociaal wezen te functioneren en hangt in belangrijke mate af van andere niet-gehandicapt, bestaande sociale waarden en institutionele structuren. In geval van handicap is de eigen intentie van de persoon niet altijd van onmiddellijk belang, de belemmering, de nadelige positie kan ontwikkelen als de persoon afwijkt ondanks zijn eigen wens maar de handicap kan ook ontwikkelen als de afwijking onbewust is of een product is van zijn eigen wens. Wood licht de omschrijving toe met een fraai voorbeeld uit het gebied van de psychische functiestoornissen. Een persoon, hersteld van een acute psychiatrische episode, wordt vaak voorzien van het label "psychiatrische patiënt". Daardoor is de persoon, voormalig patiënt, zwaar gehandicapt in de volle zin van het woord, als gevolg van een stoornis en beperkingen, terwijl geen van beide meer bestaan als de handicap ontwikkelt. De handicap kan ook nog bij derden liggen, dat wil zeggen de handicap van de persoon die zelf geen functiestoornis of wat dan ook heeft, maar in een nadelige positie verkeert tengevolge van de eisen die aan hem of haar worden gesteld door een chronisch zieke of invalide. Tenslotte kan overigens ook nog het omgedraaide plaatshebben "de partner als handicap veroorzakende factor". Dechesne (1990, in De Moor e.a.) stelt dat er sprake is van een tegenstelling tussen de defect-kant, het onvermogen, en sociale verwachtingen. Met het laatste bedoeld hij het geheel van omgevingseisen die belichaamd zijn in wetten en voorschriften, levensgewoonten, beschikbare middelen, beroepseisen, keurende instanties, ecologische omstandigheden, en die afgesteld zijn op de normale mens; zij vertegenwoordigen de "normaliteit". Door de wanverhouding dus tussen lichamelijk geconditioneerd onvermogen en omgevingseisen is de gehandicapte een "deviant" en ook benadeeld. Ook hij stelt dat de ernst van de handicap wordt bepaald door de grootte van die wanverhouding.

Voor het verwerkingsproces van zieke naar gehandicapte lijkt elke mens een eigen ingebouwde tijds klok te bezitten. Het is een proces waarin vier fasen kunnen worden onderscheiden zo zegt Dechesne, hierbij Fink citerend. Op het moment dat een aandoening toeslaat in de acute fase van de ziekte wordt het subject als het ware overweldigd en heeft geen verweer, is machteloos en angstig; het dringt allemaal nauwelijks tot hem door.

Een toestand van shock. Als daarna de patiënt verbetert, wordt vooralsnog gedacht dat alles weer bij het oude zal zijn en dat er dus niets hoeft te veranderen. Maar dit is meer wens dan werkelijkheid, een ontkenning van de realiteit uit zelfverdediging. Ook in de revalidatie treft men mensen aan die zichzelf beleven als ziek en rekenen op volledig herstel, daarbij vaak gesteund door bekenden uit de naaste omgeving. Dit is natuurlijk niet vol te houden als er geen fysiek herstel optreedt. Dan dringt de realiteit met kracht op en laat zich niet meer ontkennen: de persoon blijft achter in depressie of bitterheid, kenmerkend voor dit stadium van (gedwongen) erkenning. Tenslotte wordt er in vele gevallen een fysiek stabiele toestand bereikt, nieuwe mogelijkheden dienen zich aan en daarmee ook nieuwe positieve ervaringen; de realiteit kan weer onder ogen worden gezien, zij is bron van zelfrespect geworden. Men spreekt dan van de fase van aanpassing; het subject hervindt een zeker evenwicht (einde citaat).

Practisch voordeel heeft deze schematische indeling wel omdat het gedrag van vele patiënten tijdens het proces van volkomen afhankelijkheid naar optimaal herstel en onafhankelijkheid beter kan worden begrepen.

Terecht stelt Dechesne de vraag: "wie stelt de ernst vast van de handicap?" De deskundige die zich stevig vasthoudt aan de strikt medische indicatie (en dan wat is strikt medisch?), de psychiater, de psycholoog en team van deskundigen? Het grote individuele verschil in "coping-mechanism" maakt het moeilijk een juiste maat te vinden. Een mens alleen in lichamelijke maten uit te drukken vind ik onaanvaardbaar (Bangma en Zweekhorst, 1987).

De "professioneel vastgestelde handicap" zal uitgaan van de afweging van min of meer objectiveerbare grootheden in relatie tot dat wat iemand in zijn levenssituatie moet en wil doen. Hoewel deze waardering niet overeen hoeft te komen met de persoonlijke handicap, de subjective perceived handicap kan zeker worden onderzocht zoals Borg (1977) en ook Erdman (1981) hebben laten zien. Ook in het geval van de persoonlijk ervaren handicap is er sprake van een tegenstelling, maar dan tussen subjectieve opvattingen, en wel tussen een min of meer realistische schatting van eigen onvermogen en een persoonlijke mening over wat sociaal wenselijk of behoorlijk is.

Beide opvattingen tesamen in combinatie bepalen of iemand zich al dan niet benadeeld en ondermaats acht (Dechesne, 1990). Het probleem van de evaluatie van de handicap is ook door andere getracht te formuleren (Diller, 1979; Dijkstra, 1979). De hiërarchie van de behoefte van Maslow (1972) geeft ook een visie op basiselementen van betekenis en zelfverwerkelijking van de mens. Ook veel zgn. checklisten voor het bepalen van revalidatie-doelen en het formuleren van evaluatie-uitkomsten bevatten elementen van handicap. Beperkingen kunnen worden geconstateerd en voor de onderzoeker is het duidelijk dat er een handicap uit voort zal vloeien, soms wordt dit door de patiënt niet als zodanig ervaren. Ook het omgedraaide komt voor, vooral op het gebied van de beleving van de eigen lichamen. Overtuigende voorbeelden werden door Rümke beschreven in zijn bijdrage "Over afkeer van de eigen neus" (1953). Een onderwerp overigens dat heden ten dage opnieuw de pers haalt onder bij voorbeeld de titel "Vergoeden van esthetische chirurgie volop in discussie".

Ongelukkigerwijs heeft de revalidatie-geneeskunde in Nederland, evenals trouwens in de Verenigde Staten en Canada, zich ontwikkelt los van de grote ziekenhuizen en centra van onderzoek en onderwijs (Bangma e.a. 1989). De laatste jaren blijkt het streven naar decentralisatie, naar betere spreiding van de klinische revalidatiecentra en meer contact met de algemene ziekenhuizen uit allerlei nota's.

Het is duidelijk dat de revalidatie in de gezondheidszorg niet uitgaat van de klinische revalidatiecentra maar van de plaats waar de ziekenzorg plaatsvindt, namelijk de algemene en academische ziekenhuizen, thuis en soms na passage door het tweede echelon. Het ontbreken van ziekenhuis-revalidatie is echter het belangrijkste knelpunt. Lankhorst (1990) heeft hier nog eens zeer indringend op gewezen. Hij stelde dat, hoewel er in Nederland 150 academische en algemene ziekenhuizen zijn, er 107 zijn die slechts een zeer geringe tot geen revalidatiefunctie kennen. Voorwaar een ongewenste situatie als revalidatie-diagnostiek en behandeling preventief willen werken!

Ik ben dan ook het Academisch Ziekenhuis Rotterdam bijzonder erkentelijk dat zij op mijn advies de erkenning van revalidatiedagbehandeling heeft aangevraagd en ons heeft toegestaan in medebehandeling vele ernstige en minder ernstige patiënten te revalideren.

Als men er van uitgaat dat op de 1100 klinische bedden in revalidatiecentra bij een gemiddelde opnemingsduur van 3 maanden, ongeveer 5000 patiënten klinisch worden gerevalideerd, dan staat het aantal patiënten dat klinische revalidatie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam mocht ontvangen, jaarlijks zo ongeveer 500 à 600, toch wel in een bijzonder daglicht.

Het is dan ook mijn conclusie dat door het ontbreken van een revalidatie-arts met een basisteam in algemene ziekenhuizen veel patiënten de nodige revalidatie niet krijgen. Mijns inziens betekent dit een extra last voor de financiële middelen beschikbaar. Omdat de klinische centra voor revalidatie zeker niet overbodig zijn ben ik dan ook bijzonder verheugd en dankbaar dat na een zeer lange tijd van aarzeling een bestuur en voorlopige directie voortvarend werken aan het klinisch revalidatiecentrum "Rijndam" voor onze regio, dat wij al zo lang node gemist hebben.

Al ben ik dan aan het eind van mijn voordracht, er blijven natuurlijk nog veel wensen en overdenkingen. Een enkele wil ik nog aan U meegeven.

Is de ontwikkeling van centraal dirigistische centra voor de verstrekking van hulpmiddelen, beheerd en gedreven door belanghebbende verstrekkers wel juist? Dit te meer als straks de cliënt misschien ook zelf nog moet bijbetalen aan de voorzieningen?

Naar mijn mening is een dergelijke partijdigheid in strijd met een onafhankelijke advisering en verstrekking.

De meeste medische deskundigen in de moderne tijd dienen, als zij geen regelmatige nascholing volgen, opnieuw de opleiding tot arts te volgen.

Ik zeg in dit licht dank aan de medewerksters van het Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde te Rotterdam. Ondanks het falen van een goed nascholingsbeleid door Faculteit en Universiteit, zorgen zij voor een goed en gevarieerd programma.

Dat mijn voorzitterschap van de PAOG-Commissie niet tot spectaculaire verbetering leidde, verdriet mij zeer.

Zullen de Staven en Directies van algemene en academische ziekenhuizen bij verdere budgettering de moed hebben niet alleen de spectaculaire medisch-technologische vooruitgang te bevorderen, maar ook de ontwikkeling van de revalidatie-geneeskundige zorg in hun ziekenhuis te bevorderen?

Kan het zijn dat de politiek uit gebrek aan moed en angst voor achterban steeds beantwoording van belangrijke vragen over leven en dood, dood of invaliditeit, overlaat aan de medische professie in gevecht met de rechter? Het zou toch juister zijn dat de volksvertegenwoordiging een uitspraak doet, zij immers vertegenwoordigt het volk?

Wanneer zullen de Ziektekostenverzekeraars eindelijk het grote belang van groepsbehandeling onder leiding van maatschappelijk werker en/of psycholoog inzien en daarvoor in de revalidatie adequate betaling toestaan?

Tot slot, wat is de reden dat de overheid bij het samenstellen van beleidscommissies inzake revalidatie de Vereniging van Revalidatie-artsen zo zelden betreft? Door opleiding en praktijkervaring is de revalidatie-arts immers juist diegene die het gebied van gehandicaptenzorg-revalidatie-ziekenzorg in zijn onderlinge samenhang het beste overziet.

Allen die mij hebben gesteund in mijn werk betuig ik van deze plaats nog eens zeer nadrukkelijk mijn dank, maar merk daarbij op dat ik erg veel geleerd heb van de velen die mij hebben tegen-gewerkt. Moge ik de afdeling Revalidatie, het Academisch Ziekenhuis en de Faculteit, de vakgroep Biomedische Natuurkunde en Technologie, het Post Academisch Onderwijs Geneeskunde en last but not least het revalidatiecentrum "Rijndam" in samenwerking met de Adriaanstichting een goede toekomst toewensen.



## Literatuur:

Bangma BD. Over Revalidatie. Openbare les. Medische faculteit Rotterdam, 1972.

Bangma BD en Zweekhorst WA. Revalidatie en Sociale Verzekering. PAOG Faculteit der Geneeskunde E.U.R. 1987.

Bangma BD en Kap A. Inleiding revalidatie-geneeskunde: patiëntgericht hulpverleners. Uitg. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1988.

Bangma BD, Pompe R en Pronk CNA. Revalidatie-geneeskunde. Methodologie en Praktische Uitvoering. Uitg. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1989.

Borg GAV e.a. A comparative study of strength and endurance capacity in some groups of American and Swedish athletes. J. Sports Med. 17.1977

Dechesne BHH. Revalidatiepsychologie: een plaatsbepaling. In: Revalidatiepsychologie. Red. Moor JMH de et al. Uitg. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1990.

Erdman RAM. Welbevinden bij hartpatiënten. Academisch proefschrift. E.U.R. 1984.

Hollander R. Safe, 9e jr. No 4. p.37 1990.

Jonkers, HL. Bepaling van de bruikbaarheid van technische voorzieningen voor mensen met lichamelijke functiestoornis. Een oproep tot gedegen wetenschappelijk onderzoek. In: Handicap en techniek. Red. Bangma BD en de Vlieger M. Uitg. Bohn, Scheltema & Holkema. Utrecht/Antwerpen 1982.

Lankhorst, GJ. Quality of Life: an explanatory study. Int. J. Rehab. Research, 12 (2) 201-203, 1989.

Lankhorst GJ. Revalidatie op niveau. Openbare Les. Vrije Universiteit Amsterdam 1990.

Metz W. Het Dorp. Menselijk Welzijn en gebrek. Uitg. Callenbach NV. Nijkerk 1969.

Mitscherlich et al. Der Kranke in den modernen Gesellschaft. Reihe: Neue wissenschaftliche Bibliothek - Soziologie. Kiepenheuer & Witsch, Lengerich 1972.

Moor JMH de et al. Revalidatiepsychologie. Uitg. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1990.

Wood Ph N. Classification of Impairments and Handicaps. WHO/ICD 9/Rev.conf./75.15.

Wood Ph N and Badley EM. People with Disabilities. Monography number twelf. WHO Geneva 1981.

