

Revalidatie - Structureel en functioneel / Maatschappelijk
werbende; Fysiotherapeuten

REVALIDATIE VOOR HUISARTSEN

KURSUS 1967 - 1968

21 FEB. 1984

Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht

Revalidatiecentrum "De Hoogstraat" te Leersum

De Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde

De Nederlandse Centrale Vereniging ter Bevordering van de Revalidatie



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1
3500 bn Utrecht
telefoon: 030 319946

I N H O U D

A. Verkuyl revalidatie-arts te Leersum	- Wat is revalidatie?	1
Th.K. Molenaar directeur V.L.G. te den Haag	- De hulp van de V.L.G. bij revalidatie in de huisartspraktijk	5
A.W. Bom revalidatie-arts te Groningen	- De samenwerking met de fysiotherapeut	9
Mej. N. van Riet maatschappelijk werkster te Leersum	- Sociale aspecten van de revalidatie	14
R. Keizer psycholoog te Paterswolde	- Psychologische aspecten van het gehandicapt zijn	17
H.W.F. te Riele revalidatie-arts te Tilburg	- De vroege herkenning van revalidatie- mogelijkheden bij kinderen	18
F.B. Venema revalidatie-arts te Enschede	- De organisatie van de revalidatie in Nederland	25
Boekaankondiging	-	32
F.B. Venema	- De mogelijkheden van de revalidatie bij enige geselecteerde groepen van patienten	33
F.B. Venema	- De revalidatie van patienten met resttoestanden na een schedeltrauma, zonder duidelijke neurologische of motorische verschijnselen	37
P.D. Bakker revalidatie-arts te Katwijk	- Over de revalidatie van de jongere hemiplegie-patient	40
J.G.J.E. Josten psycholoog te Leiden	- Aanpassingsproblemen bij hartinfarct- patienten	45
Dr. J. Pool cardioloog en arbeidsfysioloog te Leiden	- Revalidatie van patienten met ischemische hartziekten	47
Mej. B. van Wijngaarden maatschappelijk werkster te Leiden	- Taak van de maatschappelijk werkster bij het bureau voor arbeidsgeschikt- heid	49
J. Boutkan cardioloog te Eindhoven	- Beroepsuitoefening door coronair- patienten	51

Wat is revalidatie?

A. Verkuyt

Vóór ik u een kleine schets geef van de historische ontwikkeling van de revalidatie in Nederland, een enkel woord over de begrippen revalidatie en gehandicapt zijn.

Invalidus betekent krachteloos, zwak, onmachtig, terwijl validus betekent: krachtig, sterk, veelvermogend, invloedrijk. Een invalidus was in de Latijnse wereld bijv. een kind, een oude, een puerpera. Validus betekent ook: waardevol. En dan is revalidatie: het opnieuw sterk, gezond, waardevol maken van een mens, hem herstellen in zijn menselijke waardigheid.

Dezelfde gevoelswaarde heeft ook het Engelse rehabilitation en het Duitse Rehabilitation, dat te maken heeft met kledij, gewaad, immers ook een symbool van iemands waardigheid. Rehabilitation bedoelt de gehandicapte, die een weinig of zeer veel van zijn waardigheid verloor, weer te omkleden, zijn waardigheid te hergeven.

En de gehandicapte? Ja, waarschijnlijk betekent het iemand, wiens hands in een cap, een muts of pet gevangen zijn om daaruit bij de wedstrijd zijn volgnummer, zijn kans te halen; later werd het iemand die in de wedstrijd van het leven slechte kansen had om het einddoel te bereiken of althans snel te bereiken. Dat begrip handicap, die belemmering, die bezwarende conditie, is een psychosociaal begrip, wél te onderscheiden van het gebrek, het lichaamsgebrek, een medische grootheid, een tekort, een storende, meestal uitwendige zichtbare motorische of statische afwijking, een afwijking van de norm, die drager en de omgeving vaak uitermate hinderen, te onderzoeken en exact te beschrijven is.

Er is lang niet altijd een parallellie tussen gebrek en handicap: een gering gebrek kan een enorme handicap blijken (of soms in de situatie wel en in de andere niet); een treffend gebrek is soms nauwelijks een handicap voor de drager.

De gehandicapte is door de eeuwen heen voorwerp van spot of van hulpverlening geweest; hij of zij is vervolgd, verbrand als heks, vereerd als heilige en geëxploiteerd. Ook heeft het aan barmhartigheid en bijstand niet ontbroken. Meestal werd er niets verwacht van de gebrekkige behalve dienstbaarheid, onderdanigheid en vooral: dankbaarheid.

De orthopedie, een oud medisch en technisch ambacht, heeft met veel vaardigheid en bekwaamheid lichaamsgebrekken gecureerd en gecorrigeerd; heeft ook al eeuwenlang belangstelling gehad voor de gebrekkige mens en zijn psychische en sociale achtergronden.

De grote belangstelling voor de zorg van gehandicapten ontstond tijdens de tweede wereldoorlog. Op 26 maart 1943 kwam in Londen de commissie van Rhijn tot stand, die ten doel had de Nederlandse regering voor te lichten op het gebied van sociale wetgeving en de rehabilitatie, die in Engeland zulks spectaculaire successen te zien had gegeven. Deze commissie mondde in 1946 uit in de Raad voor herstel van arbeidsgeschiktheid en werd later omgezet in de Raad voor de Revalidatie.

De Raad voor herstel van arbeidsgeschiktheid adviseerde de regering om de "Sint Maartens kliniek" te Nijmegen tot een onderdeel van een revalidatiecentrum voor Zuid Nederland te maken. Tevens kreeg de regering advies het reeds bestaande landgoed "de Hoogstraat" te Leersum tot een revalidatiecentrum om te bouwen. De Stichting Revalidatie Centrum de Hoogstraat kwam in 1948 tot stand; in juni 1953 kwamen daar de eerste patiënten.

Inmiddels was in Doorn het militaire centrum "Aardenburg" ontstaan, was in 1948 in Enschede een regionaal Centrum - eerst nog voornamelijk poliklinisch - gaan werken en had de S.V.B. in 1950/51 zelf in Amsterdam de revalidatie van dwarslesiepatiënten en geamputeerden ter hand genomen.

En de filosofie die achter deze revalidatie zat? Wel, door middel van fondsen, compensaties en donaties is er iets van het leed dat gehandicapten treft, op te lossen en weg te nemen; iets, lang niet alles.

Men beseftte dat de mens, dat psycho-somatische wezen, een ondeelbare eenheid is; dat hij in en door zijn gebrek gekonfronteerd wordt met de onherstelbare incompleetheid van zijn bestaan; dat hij wordt gehinderd in zijn mogelijkheid om in volkomen vrijheid in de wereld te staan; dat hij sociaal tekort móet schieten. Hij heeft minder contacten, is veelal aangewezen op hulp; zijn toekomst-perspectief is veranderd; hij kan niet de vele rollen spelen die anders wellicht voor hem weggelegd zouden zijn; zijn levensontplooiing en levensrijkheid kunnen in ernstige mate gefnuikt zijn.

De arts, die zich met revalidatie bezighoudt, beseft, dat naast optimale vermindering of correctie van het gebrek, er voor hem en de zijnen een taak is weggelegd ten opzichte van de psychische gevolgen, de sociale consequenties, de educatieve mogelijkheden en de kansen op tewerkstelling van de gehandicapte. Op deze wijze kan een van de vele definities van revalidatie luiden: revalidatie is die met elkaar samenhangende en gecoördineerde groep van werkzaamheden, die er toe leiden een gehandicapte de kans op optimale mogelijkheden van ontplooiing te geven: lichamelijk, geestelijk, sociaal, educatief, arbeidstechnisch.

Een simpele, maar treffende definitie is: revalidatie is het systematisch onttrekken van hulp.

Het is duidelijk, dat de gespecialiseerde revalidatie-arts voor diagnostiek en behandeling van het gebrek veelal hulp nodig heeft van orthopeden, urologen, neurologen, internisten, reumatologen, kinderartsen, neurochirurgen, soms psychiaters en psychologen. Een minutieuze anamnese en diagnostiek is de grondslag voor het werk van de revalidatie-arts

Voor de therapie van dit gebrek zal hij naast de hulp van zijn collegae specialisten, gaarne de hulp van verpleegsters, van goed opgeleide fysiotherapeuten, arbeidstherapeuten, sportleraars en logopedisten aanvaarden. Maar lang niet ieder gebrek is voor partiële of algehele correctie vatbaar. Veelal zal gebruik gemaakt moeten worden van technische hulpmiddelen: prothesen, orthesen, beugels, corsetten, feeders, patiëntenliften, veren, rolstoelen enz.

De technici, de huizenbouwers, weer de arbeidstherapeuten, de orthopedische instrumentenmakers, bouwers van invalidenwagens en ombouwers van auto's gaan hun rol spelen. Terwijl het gebrek door behandeling en techniek zo goed mogelijk gecorrigeerd wordt - terwijl, en niet pas daarna! - is het dringend nodig aandacht te geven aan het psychisch, sociaal, arbeidskundig, religieus functioneren van de patiënt of ex-patiënt.

Wat al spanningen, onbegrepen moeilijkheden, verdriet, ontrouw; wat een moeiten om weer aan het werk te komen, om op het werk te komen (vervoer, obstakels) om weer als volwaardig mens mee te doen in het leven.

Hier speelt de maatschappelijk werkster, de psycholoog, de huisarts, de A.V.O.-man, de beroepskeuze-adviseur, de onderwijzer van de Mytylschool, het team van de provinciale revalidatie-stichtingen, het thuisfront, de familie, de echtgenoot, en vooral de patiënt zelf, van wie bij de behandeling van zijn gebrek al zo veel geëist werd, een eigen en veel belangrijke rol.

Al deze mensen ontmoeten elkaar in en om een revalidatiecentrum. Dat hier een stevige leiding nodig is, is duidelijk; dat er een plan moet zijn, een beweeglijke strategie, overredingskunst, eveneens.

Revalidatie bevat drie c's: coöperatie
coördinatie
continuïteit

Er moet een nauwe samenwerking in het behandelingssteam bestaan; er moet veel van de patiënt geëist worden, en er moet nauw worden samengewerkt met mensen en instanties, die dicht bij het woon-, werk- en leefmilieu van de gehandicapte staan.

Welke patiënten komen er nu in een revalidatiecentrum terecht en hoe is de werkwijze daar?

De patiënten in de huidige centra zijn vrijwel allen in hun motoriek gestoorden (later zullen er ook centra zijn voor interne patiënten: mensen met hartgebreken, asthma, emphyseem). Het gaat om aangeboren (amputaties, spina bifida, encephalopathie) of verworven gebreken. Deze laatste categorie is weer te onderscheiden in invaliditeit door ziekte (reumatoïde artritis, neurologische afwijkingen, vaatziekten met amputaties of hemiplegie als gevolg) en door trauma, waarbij amputatie, dwarslesie, hemiplegie door trauma capitis en gevolgen van ernstige fracturen en luxaties genoemd moeten worden.

Wie de medewerkers zijn? Naast artsen en verpleegsters is daar de fysiotherapeut, die behalve de massage (en dat doet hij vrij zelden) de oefen- therapie beheerst en kennis heeft van het wijde terrein van de fysioteknik (hydrotherapie, paraffinetechniek, elektrotherapie, actinotherapie, toestellen enz.). Sommige beheersen speciale behandelingsmethoden als bijv. de methode Bobath. De opleiding is sedert kort 4-jarig, was daarvoor 3-jarig.

De sportleraar heeft een aparte opleiding, (nog) niet speciaal gericht op gehandicapten.

Over de werkzaamheden van arbeidstherapeuten bestaan veel misverstanden. Het zijn noch de mensen die patiënten bezig houden (als de Welfare) noch de lieden die ze een specifieke arbeidstraining geven. Hun terrein is velerlei:

1. functionele training: een specifieke behandeling (die gebruik maakt van allerlei materialen en technieken) tot herstel van lichamelijke functies, mobiliteit van gewrichten, spierversterking, bewegingscoördinatie;
2. het zo efficiënt mogelijk leren gebruiken van de overgebleven functies bij blijvende handicap o.a. omvattend de A.D.L. (activities of daily living)-training, het leren gebruiken van armprothesen en orthesen;
3. ontwikkeling van arbeidsgewenning en arbeidstraining;
4. het bedenken, toepassen en het aan de patiënt leren om te gaan met hulpmiddelen van velerlei aard.

De taak van de logopediste is in een revalidatiecentrum vooral gericht op gevallen van encephalopathie en afasie: een moeilijk, maar dankbaar terrein.

De maatschappelijk werkster heeft tot taak de patiënt en zijn familie te begeleiden op hun moeilijke en vaak donkere gang door het leven. Ze zal wederzijds begrip moeten kweken; personen en instanties tot gunstige beslissingen moeten leiden, het sociaal functioneren van de cliënt bevorderen en hinderen opruimen. Zij is het die het contact met het thuisfront vooral onderhoudt. Zij vertegenwoordigt in de teamvergadering de patiënt en vertaalt het besprokene en de genomen beslissingen weer voor haar cliënt. Zij is vaak in sterke mate zijn vertrouwde.

Voor kinderen en volwassenen zijn onderwijzers onmisbaar; alle leerplichtige en leerbare kinderen gaan naar de centrum- of Mytylschool; vele volwassenen hebben onderwijs nodig.

De verpleegster vervult een heel andere rol dan in de algemene ziekenhuizen. Ze is veeal de "zuster met de handen op de rug"; ze zal de patiënt stimuleren zichzelf te helpen; ze leert hem hoe in en uit bed te komen, in en uit de rolstoel, op en van de w.c., zich aan en uit te kleden, de prothese aan en af te doen. Ze is vaak bij hem als hij het uitschreeuwt van verkropte agressie of huilt van ellende.

En de hoofdzuster is de duizendpoot die het praktisch handelen om de patiënt heen heeft te coördineren en te zorgen dat hij op tijd op zijn therapieën, bij de dokter en op de orthopedische werkplaats verschijnt.

Is dit het vaste team, daarnaast zijn er de reeds genoemde personen en instanties, die met testen, scholing, huisaanpassing enz. te maken hebben.

In de Nederlandse verhoudingen bestaan er verschillende soorten revalidatie-instituten.

Sommige zijn categoraal, bijv. voor kinderen of voor geriatrische patiënten (in het laatste geval spreken we liever van reactivering), andere behandelen patiënten van alle leeftijden. Er zijn enkele centra, die vrijwel uitsluitend poliklinisch werken; aan vele ziekenhuizen zijn revalidatie-afdelingen verbonden. Deze afdeling beschikt over een revalidatie-arts, die tevens hoofd is of behoort te zijn van de physio-therapeutische afdeling.

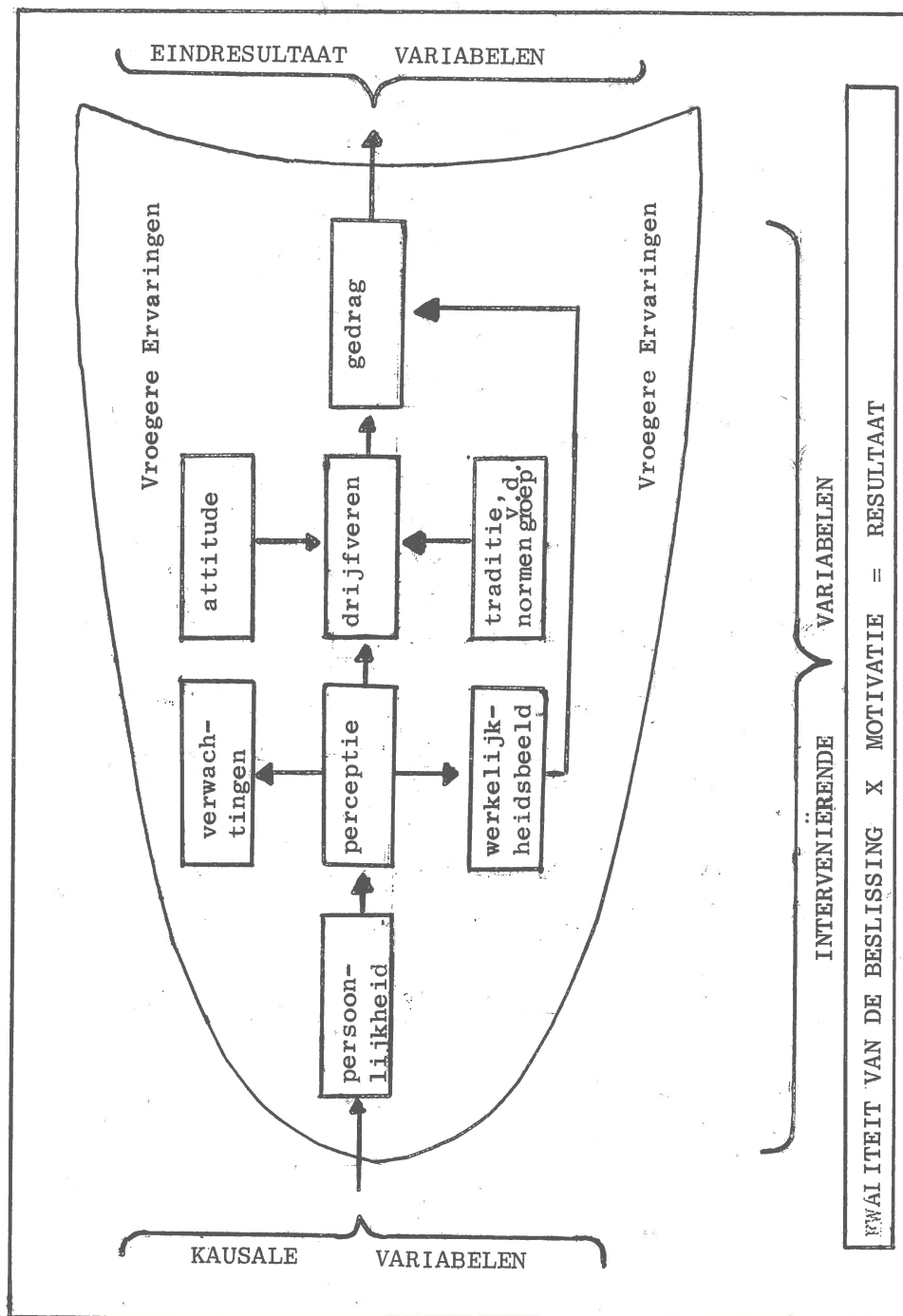
In de regionale revalidatie-centra heeft de revalidatie-arts de leiding en coördinatie van alle activiteiten om de patiënt heen, in handen. Er is veelal nauwe samenwerking met algemene klinieken. De opnameduur is langer dan in revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen, de mogelijkheden en de ruimte meestal groter.

De landelijke centra fungeren tevens als regionaal centrum, maar leggen zich daarnaast toe op betrekkelijk zeldzame revalidatiegevallen, die een speciale ervaring, ruime outillage, een speciaal getrainde staf vereisen.

Een scherpe scheiding met de activiteiten van de regionale centra is er niet. Sedert de invoering van de W.A.O. groeit er ook een nauwe samenwerking tussen de G.M.D. en de revalidatiecentra.

- -

INVLOEDSPATROON BETREFFENDE DE KAUSALE-, INTERVENIËRENDE- EN EINDRESULTAAT-
VARIABLEN.



Als het waar is, dat ongevraagde diensten zelden gewaardeerd worden, sta ik er - om even in termen van het moderne communicatiemedium te spreken - "gekleurd" op, zoals men dat populair noemt.

Want dan zou het voor de hand liggen, dat de aangeboden hulp van een u tot dusver vermoedelijk onbekende stichting helemaal weinig kans heeft, met gejuich te worden ontvangen!

Toch is dit het onderwerp waarover ik graag het komende halfuur met u zou willen praten. Een onderwerp, dat in feite een inleiding is tot het volgende programma-onderdeel: de expositie van technische hulpmiddelen voor lichamelijk gehandicapten.

Ik kan me voorstellen, dat u met dit kleine, maar niettemin belangrijke, aspect van de revalidatie niet iedere dag in uw praktijk wordt geconfronteerd. Daarom kan het naar onze mening zijn nut hebben, u een globale indruk te geven van bepaalde mogelijkheden om een lichamelijk gehandicapte door vaak eenvoudige hulpmiddelen minder afhankelijk te maken van anderen.

Het verzamelen, het vermeerderen en het verspreiden van de kennis over dergelijke hulpmiddelen en aanpassingen is het voornaamste doel van de Stichting V.L.G. Van een eenvoudige vatenkwast als rugwasser tot bekrachtigde prothesen, van een blaas-zuigschakelaar tot meervoudige afstandsbediening voor ernstig gehandicapten, van huishoudelijke aanpassingen tot een ingenieuze invalidenlift met handbediening.

In al deze hulpmiddelen heeft de Stichting V.L.G. op de een of andere wijze een werkzaam aandeel. Een aandeel in de vorm van voorlichting, door te laten zien, wat er op dit gebied bestaat,

een aandeel doordat het hulpmiddel door de V.L.G. zelf is ontworpen en gemaakt,

een aandeel, doordat het onderwerp een studieobject is van een van de V.L.G.-werkgroepen,

werkgroepen waarin medici en technici elkaar vinden en hun kennis, hun ervaring en hun vrije tijd geven in het belang van de V.L.G. en van de lichamelijk gehandicapte medemens.

U zult nu zo langzamerhand wel eens willen weten, wat die letters V.L.G. precies betekenen.

Wel, het is een niet geheel volledige en daardoor ook wat onlogische afkorting van de lange naam Stichting Technische Voorlichting ten behoeve van Lichamelijk Gehandicapten.

Een Stichting die in 1959 werd opgericht door 4 organisaties, werkzaam op het gebied van de gehandicaptenzorg die zelf regelmatig werden geconfronteerd met vragen op technisch gebied en eendrachtig tot het besluit kwamen, de voorlichting op dit gespecialiseerde terrein te laten geschieden vanuit 1 centraal punt. De 4 organisaties, die ook nu nog de niet-gesubsidieerde V.L.G. financieel schragen, zijn het Prinses Beatrix Fonds, de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding, de Nederlandse Vereniging A.V.O. en de Nederlandse Centrale Vereniging ter bevordering van de Revalidatie, kortweg N.C.V.R.

Ik noem u deze namen expres voluit, omdat de praktijk bewezen heeft dat door het gebruik van afkortingen de meest vreemde misverstanden kunnen ontstaan. Bij een lezing voor een groep leerling bejaardenhelpsters noemde ik in één adem de AVO en de N.C.V.R. met als gevolg dat een van de toehoorders AVRO en NCRV verstond en vroeg, waarom eigenlijk de KRO en de VARA niet meededen!

Ook hebben velen de neiging, de letters van onze Stichting V.L.G. om te draaien tot V.G.L., waardoor we in één klap in Van Gend en Loos zijn veranderd. Maar dan troosten we ons met de gedachte, dat dit een onmisbaar, dienstverlenend bedrijf is in ons land en daar willen we ons graag aan optrekken. En je kunt nooit weten: per slot van rekening is ook Van Gend en Loos ééns zonder overheidssteun begonnen

Nu zoudt u zich kunnen afvragen, of aan zo'n zelfstandige stichting V.L.G. met haar voorlichting en technische afdeling eigenlijk wel behoefte is naast de uitstekend geoutilleerde revalidatiecentra in ons land, vaak met eigen technici. Wij menen van wel en die mening wordt gedeeld door vele revalidatieartsen. Het aantal mensen dat door de een of andere oorzaak lichamelijk gehandicapt is en, om welke reden ook, niet in een revalidatiecentrum wordt opgenomen of poliklinisch behandeld, is groot. Het zijn vaak juist deze gehandicapten, die hulp nodig hebben. Een vorm van hulp die door huisarts of specialist niet altijd kan worden gegeven om de eenvoudige reden dat deze niet voldoende op de hoogte kan zijn van alle technische mogelijkheden en bijzondere constructies. Maar in de combinatie van arts en technicus kan er veel, soms heel veel.

Natuurlijk ligt het voor de hand dat u, als u in de buurt van een revalidatiecentrum woont, daar een waardevolle bron van informatie en wellicht ook een mogelijkheid voor enige technische hulp kunt vinden. Maar niet iedereen is zo gelukkig en dan moet naar andere mogelijkheden worden uitgezien. Dan zullen de provinciale revalidatiestichtingen een belangrijke schakel vormen om tot een adequate hulpverlening te komen. Deze provinciale revalidatiestichtingen kennen zonder uitzondering de V.L.G. en haar mogelijkheden. Daardoor zal het beslist niet altijd nodig zijn, dat u zich met uw problemen rechtstreeks tot de V.L.G. wendt. Natuurlijk is bij het bureau van de V.L.G. met zijn technisch en medisch adviseur steeds de bereidheid met u mee te denken over een oplossing ten behoeve van een gehandicapte.

Het is niet de bedoeling, dat de V.L.G. rechtstreeks voorlichting of adviezen geeft aan de gehandicapte zelf. De Stichting V.L.G. geeft "Voorlichting aan de Voorlichters". Onder die voorlichters verstaan wij onder meer artsen, verpleegsters, arbeidstherapeuten, fysiotherapeuten, maar ook de Welfareleidsters, maatschappelijk werksters, bejaardenverzorgsters enz., kortom allen die door hun werk in aanraking komen met gehandicapten en hun technische problemen.

Het bureau van de V.L.G. beschikt over de nodige documentatie uit binnen- en buitenland. Voor het bestuderen van onderwerpen die voor de gehandicapte van belang zijn, zijn werkgroepen opgericht. Werkgroepen die tot taak hebben, één concreet onderwerp in studie te nemen met als doel, hierover een rapport samen te stellen in de vorm van een voorlichtende brochure.

Bovendien wordt, als het onderwerp er zich voor leent, een expositie ingericht in de tentoonstellingsruimte van het V.L.G.-bureau die ook alweer bedoeld is voor de voorlichters, dus niet voor de gehandicapte zelf, al zullen we die, bij onverwacht bezoek niet altijd de deur wijzen.

Zo zijn inmiddels exposities gehouden over opvouwbare rolstoelen, hulpmiddelen voor de gehandicapte huisvrouw, de bedlegerige gehandicapte, hulpmiddelen bij anus praeternaturalis, draagurinalen enzovoorts, terwijl de hier geëxposeerde kleine hulpmiddelen permanent in onze expositieruimte aanwezig zijn.

Voorts zijn er contacten met groepen, die zich op hoger technisch niveau bezig houden met research van ingewikkelde problemen, meestal op langere termijn, waarbij een goede relatie bestaat met de technische hogescholen, universiteiten en het instituut T.N.O.

Wat voor velen zeker niet minder belangrijk is: de V.L.G. beschikt over een kleine werkplaats waar een handige technicus in samenwerking met de technisch adviseur van de stichting prototypen van nieuwe hulpmiddelen kan ontwerpen en vervaardigen. Hulpmiddelen op allerlei gebied, vrijwel altijd aangepast aan de handicap van één persoon. Op dit gebied is vrijwel geen hulpmiddel universeel en in serie te fabriceren door de industrie of beschutte werkplaatsen. We moeten steeds uitgaan van de mogelijkheden en onmogelijkheden van die ene individuele mens men zijn specifieke lichamelijke beperkingen. Daarbij is altijd overleg met de medicus nodig. Als de arts ons kan vertellen, wat die gehandicapte uit medisch oogpunt wel en niet MAG doen en daarna gezamenlijk beoordeeld wordt, wat hij wel en niet KAN doen, dan hebben we de begrenzing van het vlak, waarbinnen de eventuele oplossing gezocht moet worden.

Dat vlak kan vrij groot zijn en dan is het soms niet zo moeilijk om tot een geschikte oplossing te komen, maar in andere gevallen wordt het een zaak van experimenteren en een grote dosis vindingrijkheid. Juist in die gevallen komen soms plotseling de meest simpele hulpmiddelen voor den dag.

U begrijpt, dat het zeer moeilijk is, bepaalde mogelijkheden op een afstand te beoordelen en daarom gebeurt het vaak, dat een technicus van de V.L.G. op verzoek van de arts of samen met de arts een gehandicapte bezoekt om te kunnen zien, in welke richting naar een oplossing gezocht moet worden. Die oplossing kan immers afhankelijk zijn van de wijze, waarop de patiënt in bed of in zijn stoel zit, van zijn lichaamsafmeting, zijn lichaamsgewicht, zijn lichaamshouding, zijn functiebeperking en van vele andere, ogenschijnlijk kleine, maar toch belangrijke factoren.

Vaak horen wij dat het om iemand gaat, "die niets meer kan". In vele gevallen blijkt dan, dat hij met zijn elleboog, zijn hoofd of met een ander lichaamsdeel nog net voldoende beweging kan maken om met succes voor een hulpmiddel te benutten.

Nu is gelukkig niet iedere gehandicapte zo hulpbehoevend, dat hij omringd moet worden met alle mogelijke technische vindingen.

Het zou overigens ook zeer de vraag zijn, of al die hulpmiddelen door de persoon in kwestie geaccepteerd zouden worden. Want op het terrein van hulpmiddelen en aanpassingen hebben we niet alleen te maken met de medische en technische kant maar zeker ook met de psychologische. Het overschrijden van de drempel naar de acceptatie van een aanpassing of hulpmiddel betekent vaak het nemen van een bijzonder hoge barricade.

Een expositie van hulpmiddelen heeft één groot gevaar, n.l. voor de oppervlakkige bezoeker. Hij zou kunnen denken, dat al die artikelen gemaakt voor 1 bepaalde man of vrouw, voor iedereen geschikt zijn. Dat is de reden, dat wij altijd met nadruk waarschuwen tegen het aanschaffen zonder overleg met de arts.

De grote waarde van een dergelijke expositie is echter, dat de aandachtige bezoeker, die zich realiseert waarom het gaat, een bepaalde denkrichting krijgt. Want wij menen dat wij met elkaar door het belang in te zien van de meest eenvoudige aanpassingen voor degenen die niet zonder hulp van anderen door het leven kunnen gaan, een belangrijke bijdrage kunnen leveren in het levensgeluk van talloze gehandicapten.

Een deel van die artikelen is in de handel. Een ander, veel groter deel moet speciaal worden ontworpen en gemaakt. Daarbij ervaren wij steeds dat particuliere en overheidsbedrijven incidenteel graag hun kennis ter beschikking stellen als de V.L.G. een beroep doet op hun technische diensten.

Het bureau van de Stichting V.L.G. beperkt zich in de praktijk niet tot het geven van uitsluitend technische adviezen. Uit telefoontjes van gehandicapten - die op de een of andere wijze van de V.L.G. hebben gehoord - blijkt dat een groot aantal thuiszittende gehandicapten geen weg weten in de vele

stichtingen en instanties in ons land. Het is beslist geen uitzondering dat de V.L.G. hen de juiste richting kan wijzen door de contacten die onze stichting op het terrein van de revalidatie en het maatschappelijk werk heeft.

We leven eigenlijk in een vreemde tijd. Knappe technici in de hele wereld hebben kans gezien, geholpen door kennelijk even knappe financiers, het lucht-ruim in bezit te nemen. Het zal niet lang meer duren of ze kunnen ons letterlijk naar de maan helpen! Maar bij het piekeren over al die raketten en ruimteschepen heeft men de gehandicapte vergeten die in zijn rolstoel nog geen 7 treden van zijn parterreflat kan afleggen om zijn woning te kunnen verlaten. Een van die gehandicapten behoefde slechts een hoogte van 1.40 m. en een afstand van 2 straten te overwinnen om naar zijn werk te kunnen. Deze man zat al een half jaar thuis, terwijl hij weer volkomen arbeidsgeschikt was!

Dank zij een V.L.G.-constructie in de vorm van een speciaal ontworpen rolstoellift aan het balcon van zijn woning verlaat hij nu dagelijks zijn huis via keukendeur en balcon. Een voorziening die nog geen f.3.000,-- heeft gekost en die zonder enige moeite door het bedrijf waar men hem graag weer aan het werk zag, werd betaald.

Een ander geval: een huisvrouw, ernstige rheumapatiënte, moet op medisch advies elke dag warme baden nemen. Ze kan tussen twee personen met moeite een paar passen in huis strompelen maar op geen enkele manier de badkamer op de 1e etage bereiken. Dus: geen warme baden. Nu is een V.L.G.-lift met handbediening geïnstalleerd en dank zij de lift en de dagelijkse baden loopt ze inmiddels zelfstandig met een stok door het huis en begint weer wat huiswerk te doen.

En wat zoudt u denken van een ernstig gehandicapte vrouw in het oosten van het land, 40 jaar, die bijna 20 jaar achtereen plat in bed ligt voor een raam dat uitzielt op een muur. Dochter van bejaarde ouders, ruim 70 jaar, die een klein boerenbedrijfje hebben.

's Avonds om half negen gaat de televisie uit, het licht wordt uitgedraaid, de dag is om, want de ouders moeten de volgende ochtend om 5 uur opstaan. Dit is de dagindeling van de dochter, al vele jaren lang. Ze kan zelf nog geen schakelaar bedienen om televisie en lamp uit te draaien op het moment dat zij wil. Een van die gehandicapten waarvan men zegt, dat ze "niets meer kunnen", maar die dank zij haar arts die het adres van de V.L.G. kende, bezoek ontving van een technicus. Nu bedient zij door een eenvoudige, goedkope afstandsbedieningsapparatuur zelf haar radio, leeslamp, televisie en bandrecorder. Deze vrouw zegt: ik ben eigenlijk nu pas gaan leven!

En dan moet u eens in Vaals gaan praten. Daar rijdt een ernstig spastische jongeman op een zeer speciaal vervoermiddel, ontworpen door de technisch adviseur van de V.L.G., een vierwielig motorvoertuigje, een soort skelter, afgesteld op 7 kilometer per uur, dat zonder mankeren de steile hellingen in de buurt van zijn woonplaats neemt alsof het een vlakke weg is. De volledige besturing en bediening gebeurt uitsluitend met de voeten. De aanbidding van dit apparaat was een gebeurtenis op zich: de plaatselijke constructeur, de burgemeester, het initiatief-comité en vele vrienden en kennissen waren bij deze aanbieding aanwezig toen de pastoor het voertuig in de kerk zegende!

Hoe ziet nu de V.L.G. zichzelf in betrekking tot al degenen, die op het brede terrein van de gehandicaptenzorg, de revalidatie, werkzaam zijn? Het antwoord kan kort zijn: als een klein tandwiel in de versnellingsbak van een auto. Alléén heeft zo'n onderdeel een zeer beperkte waarde, maar tezamen brengen ze de zaak op gang, als een goed gecoördineerde eenheid. Die samenwerking is ook op het gebied van de technische hulpverlening nodig, een hulp die de V.L.G. u aanbiedt en waarvan u naar vrije verkiezing wel of niet gebruik kunt maken. U zult die hulp niet elke dag nodig hebben. Maar het zal zeker zijn nut kunnen hebben, te weten waar u ons adres opbergt. Want ALS u ons nodig hebt, kunt u op ons rekenen!

Wanneer men in principe de samenwerking tussen een medicus en fysiotherapeut wil benaderen, geloof ik er goed aan te doen in het kort te vertellen:

- a. Hoe dit beroep in de laatste jaren is geworden.
- b. Waaruit de momentele bagage aan kennis en kunde van de fysiotherapeut bestaat.
- c. Hoe de geneeskundige in het algemeen en in het bijzonder de huisarts van het benaderen van zijn patiënt door een fysiotherapeut een nuttig gebruik kan maken.

Meer dan driekwart eeuw geleden staken er enkele gymnastiekleraren de hoofden bij elkaar om er naar te streven dat verscheidene van hun pupillen op school, die lichamelijke afwijkingen vertoonden een meer specifieke individuele benadering zouden kunnen krijgen.

Opvallend waren er in vergelijking met de huidige tijd de afwijkingen in lichaamsvorm en functie b.v. ten gevolge van voedingsdeficienties (rachitis - ondervoeding etc.).

Zulk een groepje pioniers gesteund door enkele medici gingen zich verder oriënteren - ja zelfs later opleiden en zo konden leraren lichamelijke oefening een examen afleggen, hetwelk indien dit met een diploma kon worden bekroond - hen het recht gaf "op verzoek van een medicus" heilgymnastiek en massage te bedrijven. Dit examen werd aanvankelijk nog afgenomen en het diploma verstrekt door het inmiddels opgerichte "Genootschap voor heilgymnastiek en massage".

Weer enige jaren later wisten zij de aandacht van de overheid op zich te vestigen en werden de examens mede namens de overheid door een gedelegeerde bijgewoond, die ook het diploma namens de overheid mede signeerde.

Men ging zover dat toen de oorlog uitbrak er ter departemente reeds een voorstel lag om er een staatsdiploma van te maken.

Door de bezetter werd dit gelukkig niet gerealiseerd.

Na de oorlog is men er wel toe gekomen er een staatsexamen van te maken.

Daar echter vooral door contacten met buitenlanders de electrotherapie etc. onder de aandacht kwam, ging het reeds genoemde Genootschap wederom over tot het instellen van een examen, namelijk tot het verkrijgen van het diploma "Fysio-techniek". Dit was slechts opengesteld voor mensen die reeds in het bezit waren van het genoemde diploma voor heilgymnastiek en massage.

Volledigheidshalve vermeld ik óók dat 't sinds jaren ook al mogelijk was geworden dat men het examen voor heilgymnastiek en massage kon behalen zónder in het bezit te zijn van de akte lichamelijke oefening M.O. In dit laatste geval moest men na het overleggen van minimaal het diploma Mulo B eerst examen afleggen in: theorie gymnastiek - lesgeven - anatomie - fysiologie - en het zogenaamde eigen werk, samengevat onder de naam "voorexamen".

Zoals u weet is de overheid enkele jaren geleden ertoe overgegaan te trachten ordening in de paramedische beroepen te brengen door de wet op de paramedische beroepen af te kondigen.

Als eerste dezer reeks is het beroep van fysiotherapeut geregeld, hetwelk dus inhoudt met een verandering van de vroegere opleidingen, het behandelen van patiënten met: massage - oefentherapie en fysiotherapeutische middelen, uitgezonderd de ioniserende stralenbehandeling.

Sinds 2 jaren zijn deze opleidingen "nieuwe stijl" nu gaande!

Tot groot genoegen van de beoefenaren van dit vak hoopt men dat de beladen namen als masseur - heilgymnast etc. nu langzamerhand in de vergetelheid zullen geraken. De fysiotherapeuten zijn gerechtigd een naamschild van voorgeschreven formaat te voeren en tevens is hun titel beschermd.

Dit was dus in het kort de anamnese van het vak en de opleiding daartoe.

Gaarne zeg ik nu iets over hun geestelijke en vaktechnische bagage.

De totale opleiding zal u in sommige opzichten wat topzwaar voorkomen. De opleiding duurt momenteel $\pm$ vier jaren en is verdeeld in enkele perioden aan welker eind telkenmale een examen wordt afgelegd (geen schoolexamens). Om niet te diep te spitten moge ik volstaan met u de meeste vakken te noemen waarin examen wordt afgelegd. Dit zijn, voor wat betreft de medische delen:

- a. Anatomie
- b. Fysiologie
- c. E.H.B.O.
- d. Hygiëne
- e. Pathologische toestanden waaronder vallen de hoofdzaken van de pathologie en de orthopaëdie
- f. Onderzoek van een patiënt

Voor wat betreft de theoretische niet medische vakken:

- a. Natuurkunde
- b. Theorie der lichaamsoefeningen

Voor wat de praktijkvakken betreft:

1. Het zelf kunnen voordoen van allerlei oefeningen
2. Het lesgeven aan leerlingen en patiënten
3. Het behandelen van patiënten met fysio-therapeutische middelen als massage - oefeningen - electriseren en enkele vormen van oppervlakkige warmte en diepte verwarming als paraffinebehandeling - Ultraviolette bestraling - diathermie etc.

Wat heeft de medicus in het algemeen aan de fysiotherapeut? Wil de medicus iets ten goede doen aan zijn patiënt door middel van deze paramedicus, dan zal hij toch weet moeten hebben van de mogelijkheden en de te verwachten resultaten. Helaas moet dan gezegd worden dat òn door de jaren bestaande onderschatting van deze middelen òn door het tekort aan gericht onderwijs indeze, de medicus zelf een lacune vertoont.

Vooraf wrekt zich dit nu in de laatste decennia het meer individualistische bestaan van de medicus practicus veld moet ruimen voor wat men pleegt te noemen "team work", zomede het zich meer ontwikkelen van het begrip revalidatie, hetgeen toch samenwerken betekent in het medisch sociaal maatschappelijk vlak.

Hoewel revalidatie zo oud is als de heuvels van Engeland, breekt toch op sommige gebieden de samenwerking tot verbetering van de positie van onze patiënt slechts langzaam door.

Het komt mij voor dat wanneer men, zoals dit helaas nog slechts sporadisch gebeurt, op de universiteit onderwijs gaf op het gebied der revalidatie, een hulp zou kunnen bieden genoemde lacune wat op te vullen.

Zo zou men op verschillende facetten van hulp aan onze getroffen medemens wat meer beslagen de praktijk in kunnen gaan.

Men zal als medicus minstens een grof inzicht moeten hebben van de technieken die medewerkers op het medische vlak beheersen (en dit niet alleen bedoeld voor het vak fysiotherapie).

Men zal ook de juiste indicaties moeten kunnen stellen, doch ook de controle deskundig moeten kunnen uitvoeren.

De wet op de paramedische beroepen schrijft voor dat behandeld moet worden door de paramedicus naar het voorschrift van een recept, verstrekt door de medicus. U begrijpt hoe moeilijk het wordt, ja soms pijnlijk zelfs wanneer de medicus dit niet kan.

Hoe zal het dan moeten gaan met zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn patiënt, toch ook met betrekking tot de financiële kosten die zulke, soms tot in de treure toe gecontinueerde behandelingen met zich mede brengen?

Doch laat ik dit deel, hoewel niet onbelangrijk, verder laten rusten en met u enkele facetten bezien waarbij de huisarts een verantwoord beroep kan doen op een fysiotherapeut.

In het algemeen genomen komt het grote voordeel naar voren van het "vroeg" d.w.z. op het juiste moment van actief mobiliseren van patiënten die een zekere tijd aan het bed gekluisterd zijn naar voren.

Dit vroeger mobiliseren met zijn grote voordelen als: Minder kans op complicaties van de zijde van het respiratoire systeem (pneumonie), van de zijde van het vasculaire systeem (thrombose); van de zijde van het urogenitale systeem (incontinentie) - de zelfwerkzaamheid - het lichamelijk- en psychisch welbevinden etc. kan gevoeglijk vele malen beter in handen gelegd worden van de fysiotherapeut, dan in die van de patiënt zelf of zijn huisgenoten.

Bij mensen van de vergrijzende leeftijd en zij die lijden aan een chronisch progressieve aandoening b.v. multiple sclerose - voortschrijdende arthrosis deformans - rheumatoïde arthritis om enkele voorbeelden slechts te noemen, kan het raadzaam zijn af en toe een korte re-activeringsbehandeling te laten geven, waarbij de coöperatie zo moet zijn dat zo mogelijk voor elke patiënt een aangepast huisoefenschema wordt gegeven.

Bovendien is het in deze gevallen zéér wel mogelijk door het beter kennis maken met de behoeften en mogelijkheden, aanpassingen voor het dagelijks leven, voor het oefenen - en het zoveel mogelijk self supporting te blijven - kleine aanpassingen te bedenken en op eenvoudige wijze te bemachtigen.

Zo moet het als vrij zinloos beschouwd worden gevallen als zoeven bedoeld gedurende lange tijd slechts alleen te laten behandelen met massage of diathermie, zoals nog al te frequent gebeurt.

Bedenk dat het gezegde: "Le mouvement c'est la vie" wel oud is, doch daarom nog niet is verouderd.

Gezien de mij toegemeten tijd zou ik nu liefst over willen gaan tot het bespreken van enkele geïndiceerde gevallen.

I De posttraumatische gevallen, b.v. contusies, distorsies, luxaties en eventueel fracturen.

In deze nabehandelingen kan de fysiotherapeut van grote waarde blijken te zijn, door het geven van een aangepaste massage en zomede oefeningen die therapeutische invloed kunnen hebben, b.v. het versterken van de reeds verzwakte spieren of het voorkomen, zo mogelijk opheffen van bewegingsbeperkingen in de gewrichten.

Vele malen wordt hier een bepaalde vorm van warmte applicatie gegeven voordat men tot de zo mogelijk actieve bewegingstherapie komt.

II De post- eventuele praeoperatieve toestanden zoals de ademhalingsoefeningen die gegeven kunnen worden voor een longoperatie, en ook voor een hartoperatie. Men hoeft echter niet alleen te denken aan de intra-thoracale of intra-abdominale ingrepen, maar ook de plastisch chirurg zou meerdere malen na zijn operatief ingrijpen de hulp inroepen van een fysiotherapeut. Eensdeels zal hij proberen het weefsel wat later door hem geattaqueerd moet worden in de gunst mogelijke conditie te laten brengen, waarbij massage, passieve- en actieve bewegingen en oefeningen een grote rol spelen.

Hierbij zal hij verlangen dat er geen contracturen of zo min mogelijk contracturen zullen zijn en dat door warmte, massage en oefentherapie de voedingstoestand in optima forma zal zijn.

III Ook bij de neurologisch gestoorde patiënten zal de heilgymnast-masseur of fysiotherapeut van grote waarde blijken te kunnen zijn.

Wanneer wij zien dat perifeer- of centraalgestoorde mensen zo'n grote neiging hebben tot verkeerd lopen, verkeerd bewegen of het ontstaan van contracturen, zal men deze toestanden proberen te miniseren door doelgerichte oefentherapie. Dit slaat niet alleen op de bewegingen, maar ook op de houdingscorrectie.

Het mag echter wel als vanzelfsprekend beschouwd worden dat niet met deze therapie tot in lengte van dagen wordt doorgegaan.

Bij regelmatige controle zou men zien of er een eindtoestand ingenomen is en of het niet beter zou zijn door uitwendige steun, b.v. een beugel een méér afdoende hulp geboden kan worden.

Het komt mij voor dat in vele dezer gevallen, tenzij er blijvende circulatiestoornissen zijn te veel gemasseerd wordt en dat ook het electriseren te lang wordt doorgevoerd.

Ik geloof dat men gevoeglijk mag aannemen wanneer er weer blijk wordt gegeven dat de normale fysiologische prikkel van het zenuwstelsel naar de spieren doorkomt, de actieve oefentherapie zeker de voorkeur verdient boven het blijven electriseren.

Dat in vele gevallen waar de spierkracht niet voldoende is hetzij door een verlamming, hetzij door de post-operatieve toestand veel gebruik gemaakt wordt van het oefenen in water, hetgeen mijns inziens verkeerd genoemd wordt hydrotherapie, zou u direct de vraag op kunnen werpen of de perifeer gevestigde fysiotherapeut wel voor deze volledige behandeling in aanmerking komt. Direct daaraan annex is dus de vraag wat prefereert men in vele gevallen het gecentreerd dus het behandelen in een instituut of door de perifere fysiotherapeut.

Als voorbeeld noem ik u hier de dwarslaesie.

Het staat volgens mij als een paal boven water dat iemand met een totale of subtotale dwarslaesie primair in een ziekenhuis en daarna in een gespecialiseerd revalidatie-centrum behandeld dient te worden.

Wanneer echter zulk een patiënt weer in zijn eigen omgeving is teruggekeerd kan het heel goed mogelijk zijn, doch dan dient daar ook een juiste indicatie en juiste controle plaats te vinden, dat door de heilgymnast masseur diverse behandelingen worden gegeven, zelfs over een lange periode verstreken om de patiënt in de juiste toestand te houden.

Hetzelfde geldt mutatis-mutandis voor de "spastische groep".

Wat betreft de amputatiegevallen, ook hier kunnen grote moeilijkheden zich voordoen.

Wanneer de arts merkt dat door een verkeerde gewoonte of door b.v. pijn ondergaan een afwijking geconstateerd wordt van zijn normale fysiologische bewegingen, lijkt het mij aangewezen om door een terzake ervaren fysiotherapeut de ingeslopen fout te saneren.

IV Een groep die nogal veel omstreden is is de groep met de orthopaedische afwijkingen, namelijk de houdingsafwijkingen.

Natuurlijk afhankelijk van zijn sociaal milieu lijkt het mij aangewezen na een zekere oefen- en onderwijsperiode de patiënt een huisoefenschema mede te geven, opdat hij thuis deze oefeningen regelmatig kan blijven doorzetten. Hier wordt dus van de fysiotherapeut en de arts enorm veel energie gevraagd wat betreft het educatieve moment.

De patiënt móet leren leven met zijn tekortkoming en zijn verantwoordelijkheid bewustzijn dat hij aan zijn verbetering actief zelf kan meewerken.

Dit lijkt mij beter dan eindeloos 3x of 2x per week oefeningen te doen onder leiding van de fysiotherapeut, hoe goed ook bedoeld, omdat vele mensen er al toe geneigd zijn om te zeggen "ik krijg toch per week een paar x oefeningen en de andere resterende vele uren per week er niets aan doen".

In zekere zin zou men van een gelijkvormigheid kunnen spreken wanneer men patiënten behept met ademhalingsstoornissen zoals asthma, emphyseem en bronchiëctasieën op de korrel neemt.

Vanzelfsprekend zullen deze mensen geïnstrueerd en geoefend moeten worden op hun oefeningen, doch het schijnt mij overdreven voor te komen deze mensen chronisch in behandeling te nemen.

Hoewel het als een vaststaand feit beschouwd mag worden dat door góede geïndiceerde en góede uitgevoerde ademhalingsoefeningen b.v. bij bronchiëctasieën en chronische bronchitiden minder medicamenteuze therapie toegepast behoeft te worden, moet men toch de intensie hebben de oefenbehandelingen te onderbreken opdat men de afhankelijkheid en niet te ver opvoerd en de zelfstandigheid van de patiënt in de gaten houdt.

V. Een heel andere groep die vrij veel moeilijkheden met zich mee kan brengen en daardoor ook soms een nadelig licht op zich laat schijnen is de groep van de lumbago- cervicaal syndroom - P.H.S. - en arthrosis deformans.

Natuurlijk zal niemand een arts het recht ontzeggen om te proberen bij zulke patiënten door welke middelen ook de pijn te verminderen en de bruikbaarheid van het menselijk lichaam te verhogen.

Echter, hoe vele keren komt het niet voor dat de diagnose een beetje voortvarend gesteld is en dat er soms schijnbaar eindeloze passieve benadering zoals diathermie - U.K.G. etc. wordt toegepast, zonder dat er behoorlijk toezicht is of er van de patiënt de zo noodzakelijke activiteit gevraagd werd.

Weer een andere groep vormt de chronische rheumatoïde patiënt. Dat massage en warmte applicatie voor deze gevoelige mensen een rol kan spelen, zal niemand durven bestrijden. Doch het passief eindeloos massage, verwarming ondergaan zonder wederom getoloreerde activiteit te wagen, meen ik dat fout is met betrekking tot de mens die hier aan onze zorgen is toevertrouwd. Ik geloof namelijk, wanneer verschillende huisgenoten goed worden geïnstrueerd, een goede coöperatie kunnen vormen bij het onderhouden van de nog bestaande mogelijkheden.

Dat hierbij wanneer de arts niet ter zake kundig is de fysiotherapeut af en toe eens een herhalingsbehandelingsschemaatje toepast en behulpzaam kan zijn bij oefeningen of middelen die de dagelijkse bezigheden van de patiënt kunnen verbeteren of ondersteunen, is eveneens begrijpelijk. Hier denk ik speciaal aan die gevallen die een apoplexie hebben gehad. Echter van het allergrootste belang is op de juiste tijd die dit geval toelaat de fysiotherapeut in te schakelen.

Wat vroeger in het beginstadium dus is nagelaten kan nooit meer opgehaald worden later, hoe de fysiotherapeut en de arts ook samenwerken.

Meneer de voorzitter, zo zou men nog een hele lange tijd gepreciseerd door kunnen gaan voor allerlei vormen waarbij de fysiotherapeut ons van dienst zou kunnen zijn.

U begrijpt ook dat er een hele grote lijst van op- en bemerkingen en adviezen te geven zouden kunnen zijn met betrekking tot het toepassen en indiceren van de zogenaamde fysische therapie in engere zin, waarvan ik slechts noem: Paraffine, parafango, hydro, elektriseren, U.K.G., U.S., interferentiestroom etc. etc.

Ik geloof echter dat dit op dit moment te ver zou voeren en ook niet uw bedoeling zal zijn. Ik hoop alleen dat ik heb kunnen bereiken dat er enig verhelderend inzicht is ontstaan over de plaats en de werkmogelijkheden van de fysiotherapeut en dat de huisarts zich bezinne wanneer hij een fysiotherapeut in moet roepen en wat hij hem moet vragen en dat hij zelf regelmatig de controle uitoefent om daarna weer gerichte adviezen te geven.

-.--.-.-.-

Wanneer wij in het kort willen samenvatten wat sociale revalidatie inhoudt, is het als volgt te omschrijven.

Sociale revalidatie is gericht op het scheppen van een situatie waarin de resultaten van de medische revalidatie zo goed mogelijk geëffectueerd kunnen worden.

Wat is nu deze situatie?

Bij situatie kan in de eerste plaats gedacht worden aan de opname in het revalidatiecentrum.

Het maatschappelijk werk richt zich in deze situatie primair op de aanpassing van de patiënt aan de situatie van het opgenomen zijn in een revalidatiecentrum waar iets heel anders van hem verwacht wordt dan in een algemeen ziekenhuis.

Daarnaast zal ook de familie van de patiënt mee betrokken moeten worden in het geheel van de revalidatie. Hier zijn wij gekomen aan de tweede situatie: de plaats waar de patiënt vandaan komt (in de meeste gevallen) en waar hij ook weer heen moet (eveneens in de meeste gevallen).

De ervaring heeft geleerd dat, wanneer er niet reeds tijdens de revalidatieperiode grondig aandacht wordt besteed aan het (eerste) milieu van de patiënt, het gevaar niet denkbeeldig is, dat patiënt en gezin hoe langer hoe verder uit elkaar groeien, in plaats dat men toegroeit naar een punt van waaruit men samen verder kan gaan.

De familie moet worden meegerevalideerd, dat wil zeggen: actief bij de planning met de patiënt betrokken worden.

Met een tweetal voorbeelden mag ik deze situatie misschien toelichten.

Het eerste voorbeeld betreft een gezin, bestaande uit man, vrouw en een zoontje van drie jaar. De man heeft door een duik in ondiep water een cervicale dwarslaesie opgelopen. Dit gebeurde in het buitenland, waar hij in verband met zijn werk was.

Het huwelijk van hem en zijn vrouw was voor het ongeluk niet al te goed, maar ook niet uitgesproken slecht te noemen. Er deden zich regelmatig spanningen voor, die echter ook weer vrij gemakkelijk wegebden, omdat de man als hofmeester vloog en dus telkens na enkele dagen verlof weer weg moest.

Vóór de reis, waarop het ongeluk gebeurde, heeft een hevige ruzie plaats en de vrouw besluit wraak te nemen: zij zal met het zoontje naar kennissen gaan en haar man niet laten weten waar ze is. Hij moet dan maar eens bewijzen dat hij van haar houdt en haar gaan zoeken.

Op het moment, dat zij met gepakte koffers op een taxi staat te wachten wordt een telegram bezorgd, waarin staat, dat haar man ten gevolge van een ongeluk in levensgevaar verkeert en naar Nederland zal worden overgevlogen. Haar eerste reactie is: dit is de straf voor wat ik wilde gaan doen. Zij toont zich uiterst berouwvol en besluit voortaan al haar zorgen aan haar man te geven, als hij maar mag blijven leven. Wel, hij blijft leven en na een maand of drie, vier knapt hij zover op, dat hij gerevalideerd kan worden. Hij wordt opgenomen.

De aanvankelijke toewijding van de vrouw neemt echter bij iedere vordering van de man af, omdat zij voorziet, dat de oude situatie weer zal terugkeren en dan nog in verslechterde en gecompliceerde vorm.

Dit alles gaat aan de man niet voorbij. Zijn prestaties worden gedrukt, men verwijt hem gebrek aan medewerking, omdat deze hele geschiedenis niet bekend was. In een reeks gesprekken tussen de maatschappelijk werkster van het revalidatiecentrum en de man wordt langzamerhand de hele geschiedenis duidelijk.

Er volgt een veelvuldig contact met de vrouw en tenslotte met hen samen. Intussen wordt hard gewerkt aan het verkrijgen van een aangepaste flat vóór het echtpaar, een aangepaste auto en terugkeer bij de oude werkgever in een andere functie. Dit alles lukt en het blijkt, dat door de aparte en gezamenlijke gesprekken de spanning binnen redelijke proporties blijven.

Bij ontslag uit het centrum is een verwijzing naar een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden duidelijk geïndiceerd, maar met name de man weigert een verwijzing: het maatschappelijk werk binnen het centrum was voor hem volledig te accepteren als onderdeel van de revalidatie, maar daarbuiten beleeft hij het als een instantie waar hij niets mee te maken wil hebben. De huisarts besteedt de nodige aandacht aan de lichamelijke conditie van de man, maar distantiëert zich van de problemen tussen man en vrouw, hetgeen door de vrouw beleefd wordt als een achteruitgesteld worden: zij neemt zelf een andere huisarts. De situatie is nu zo, dat zij beiden een eigen huisarts hebben en dat niemand met iemand over iets van de problemen spreekt. De vrouw overweegt een eis tot echtscheiding in te dienen, waardoor haar man, als dit door gaat en er geen hulp komt, in een verpleeghuis zal moeten worden opgenomen. Tot zover dit voorbeeld.

Er is natuurlijk veel te zeggen over het verloop van de gebeurtenissen. Er zou misschien ook wel de nodige kritiek te leveren zijn op de diverse medespelenden. Ik wil er slechts mee volstaan te signaleren, dat een essentiële opvang en begeleiding ontbroken heeft, door welke oorzaken dan ook en dat een groot deel van de mislukking hieraan te wijten is.

Het tweede voorbeeld betreft een vrouw, die tengevolge van een poging zich van het leven te beroven door zich voor een trein te werpen, beide benen verloren heeft. Zij is gehuwd en heeft twee dochtertjes. Haar poging was het gevolg van een verhouding die haar man (zeeman) had aangeknoopt met een andere vrouw.

Zij had haar echtgenoot overigens zelf langzaam zo ver gebracht, door zijn trouw voortdurend op de proef te stellen en hem te tergen door haar paniekerige reacties: zij had in gedachten al heel wat huwelijks ellende door-gemaakt, voordat er ook maar in enig opzicht sprake was van een werkelijke ontrouw van haar man.

Volgens de psychiater kon zij het voortdurend verlaten worden door haar man niet aan. Zij voelde zich afhankelijk van hem.

Het contact met de maatschappelijk werkster in het revalidatiecentrum was er op gericht haar onafhankelijkheid te vergroten door haar te helpen nadenken over de toekomst van haar en haar twee kinderen, waarbij ook een aantal concrete voorzieningen gerealiseerd moesten worden.

Anderzijds werd ook getracht haar heel concreet door een aantal situaties heen te helpen waarin zij met paniek reageerde en haar te helpen een adequate gedragsvorm te vinden.

Bij ontslag werd de begeleiding overgenomen door een maatschappelijk werkster van een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, die op dezelfde wijze met haar verder werkte.

Thans is zij sedert 1½ jaar thuis, voedt de kinderen alleen op, ontvangt regelmatig haar man die de kinderen komt bezoeken en heeft een eis ingesteld tot scheiding van tafel en bed.

Afgezien van hoe men over dit laatste wil denken, is dit geheel een geslaagde revalidatie te noemen, omdat deze vrouw in staat bleek te functioneren zoals op grond van het medisch eindresultaat te verwachten was.

Een andere situatie waaraan bij dit alles te denken valt, is de werksituatie van de patiënt. Vaak zal het nodig zijn, dat een patiënt wordt omgeschoold. Of, indien hij terug kan naar zijn oude werkgever, moeten daar voorzieningen getroffen worden, aanpassingen worden gemaakt etc.

Samenvattend mag gezegd worden, dat de sociale revalidatie een sector is, waarin de medewerking van zeer velen uiterst noodzakelijk is. Het meest van belang is de directe omgeving van de patiënt, niet alleen het gezin, maar ook degenen die het gezin moeten opvangen. Maar daarnaast zal er op alle mogelijke manieren aan gewerkt moeten worden, dat de gehandicapte een werkelijke leefruimte krijgt in de maatschappij, in overeenstemming met zijn nieuw verworven vaardigheden. Eerst wanneer dit gerealiseerd is kan men zeggen, dat zijn revalidatie geslaagd is.

- . - . - . - . - . -

Er is dieper ingegaan op de drie dimensies, welke Sartre aan het lichaam toekent (in het hoofdstuk over "Le Corps" in l'être et le néant).

De eerste dimensie is de meest authentieke en menselijke: die waarin ik aan het lichaam voorbijga, beter gezegd: dat oversla of dépasseer naar mijn "wereld". Zoals bekend stelt Sartre, in navolging van Heidegger, dat het meest wezenlijke van het menselijk zijn is: het in-de-wereld-zijn.

De tweede dimensie is die waarin het lichaam gekend kan worden, zoals de arts het kent. Dat is een ander lichaam dan het mij dagelijks vertrouwde. Ik moet dat lichaam danook, voor zover mogelijk, desincarneren, of wel verlaten om het de arts aan te bieden als een ding om te onderzoeken.

De derde dimensie ontstaat in de blik van de ander, welke volgens Sartre altijd een objectiverende, koele, verkillende, verstijvende en vooral vrijheidsberovende blik is, welke het dépassement ten allen tijde vernietigt.

De minder-valide staat vooral aan deze blikken bloot, die hem dus van zijn vrijheid beroven, tot object maken. Daaronder hoort dus vrijwel onvermijdelijk ook de blik van de arts, - hoewel dit niet persé hoeft -. Deze blikken kunnen de invalide van zijn eigen lichaam vervremmen en vooral zijn dépassement vernietigen. Onder deze blikken kan de minder-valide moeilijk of niet onbevangen t.a.v. eigen zijn en (dus) lichaam, aan zichzelf voorbijgaan naar zijn "wereld". Hij blijft, althans dreigt aan eigen lichaam en bestaan gefixeerd te worden en de "wereld" raakt daarom en daarmee hoe langer hoe verder van hem af. Die kan daardoor zelfs het karakter van hostiliteit krijgen.

Sartre overdrijft in zover er ook een bemoedigende blik bestaat die het dépassement bevordert i.p.v. vernietigt. Maar de ervaring van alle bij de revalidatie betrokkenen is dat de blikken welke het dépassement vernietigen frequenter zijn dan die welke het bevorderen. In de blik is de reactie mens - mens aangegeven en dus de grote invloed die het milieu toekomt. Dat de minder-valide restloos is uitgeleverd aan deze blikken is niet waar. Waar een bewuste aanvaarding is gekomen, kan hij daar door minder kwetsbaar worden.

Uiteindelijk wordt de aard en zwaarte van de handicap niet bepaald door de soort en ernst daarvan, maar door de houding van de gehandicapte zelf daar tegenover.

Dit impliceert dat geen "objectieve" benadering van de of van soorten handicaps mogelijk is. De dove, de dwarslaesie, noch de blinde bestaat. Bij aanvaarding van de handicap kan de minder valide er profijt van ondervinden, als hij een meer sthenisch karakter heeft en een spirituele levensinstelling.

Zonder spiritualiteit is aanvaarding - en daarna een hernieuwde aanpassing - trouwens onmogelijk. Maar bepaald is de gehandicapte daardoor niet, en wel in zoverre niemand in onherroepelijke zin bepaald is. Hij, de - valide en minder-valide - mens heeft altijd althans de mogelijkheid, al is het maar ten dele en gebrekkig, de gegevenheden van karakter en invloeden te boven te komen, ofwel te transcenderen, om zelf van het gegeven te maken wat er van te maken valt.

Of hij die mogelijkheid gebruikt of niet, dat is het criterium.

-.-.-.-.-

De vroege herkenning van revalidatie-mogelijkheden bij kinderen

H.F.W. te Riele

Waarom vroege herkenning?

Waarom is de vroege herkenning van de revalidatie-mogelijkheden juist bij KINDEREN zo belangrijk?

- omdat:
- vroege diagnostiek tijdig doeltreffende behandeling mogelijk maakt.
 - door betere medische behandeling het aantal gehandicapte kinderen toeneemt, omdat de levenskansen groter worden voor kinderen met aangeboren afwijkingen, kinderen, die ernstige ziekten of traumata doormaakten. Niemand betreurt de vooruitgang in medisch kennen en kunnen, maar dit confronteert de arts en ook de samenleving met een groeiend aantal jonge levens met gevolgstoestanden die snel aansluitende revalidatie-bemoeienissen vergen.
 - vroege activering van het gehandicapte kind nare complicaties kan voorkómen b.v. meer beweging leidt tot verbetering van de respiratie en maakt de kans op pneumonieën kleiner.
 - we te maken hebben met kinderen, die hun hele leven nog voor zich hebben.
 - het kind een groeiend en zich ontwikkellend individu is en juist door die groei en door dit ontwikkelingsproces mogelijkheden heeft afwijkingen te corrigeren en te compenseren, maar ook het gevaar loopt letterlijk en figuurlijk "KROM TE GROEIEN".

Het specifieke van revalidatie van kinderen

Bij de revalidatie van gehandicapte kinderen ligt het zwaartepunt op het KIND-ZIJN van de patiënt.

Het KIND is een mens-in-ontwikkeling.

Daardoor kan het proces van de kinder-revalidatie ook niet identiek zijn aan- of analoog verlopen aan de revalidatie van volwassenen.

Zelfs bij de technische facetten moeten we goed bedenken dat Kinder-revalidatie niet louter is:

trainen van functiestoornissen
compenseren van verloren lichamelijke functies
functionele aanpassing aan resterende vermogens

Immers: bij het KIND hebben we niet te maken met een individu dat al gevormd is; dat al zelfstandig was, vóórdát door ziekte of ongeval één of meer functies wegvielen.

Neen,

Bij kinderen staan we tegenover individuen, die nog groeiende zijn, waarvan de ontwikkeling, de vorming, het rijpingsproces nog aan de gang is.

Onderbreking ontw. proces

Dit ontwikkelsproces, waarmee het kind onbewust bezig is, wordt door ziekte of ongeval plotseling onderbroken;

Als er restdefecten overblijven na de primaire aandoening staat het jonge kind niet zozeer als de volwassene tegenover een pijnlijk bewust worden van "niet kunnen", van "anders zijn dan de anderen", omdat zijn wereld veel meer egocentrisch opgebouwd is en hij veel makkelijker hulp aanvaardt en verzorging accepteert, omdat dit eigen is aan zijn kinderwereldje.

Maar wel kunnen juist deze restdefecten zijn uitgroei tot zelfstandigheid verhinderen, zijn infantiliteit laten voortbestaan en de normale verhouding met zijn omgeving verstoren.

Aangeboren gebr. kind

Het aangeboren gebrekkige kind is van meet af aan in zijn ontwikkeling gestoord.

Voor al het spastische kind is hiervan een sprekend voorbeeld. Door de bewegings-stoornissen van romp en extremiteiten, vaak ook van zijn oogspieren, mist het van zijn geboorte af een legio ervaringen.

Zijn dikwijls abnormale reacties op uitwendige prikkels, b.v. geluiden, veroorzaken onaangename sensaties, waar bij andere kinderen juist interesse wordt gewekt voor de omgeving.

"Horen", "Voelen" en "Zien" zijn de eerste contactmiddelen van de baby met zijn omgeving.

Waarschijnlijk is het voelen primair- eerst met lippen en tong- maar al gauw wordt ook het gehoor ingeschakeld: baby hoort moeder binnenkomen en leert zijn kopje te draaien in de richting van het geluid.

Maar de waarde van "Voelen- Horen en Zien" vermindert aanzienlijk als het kind niet in staat is goed te zuigen, het hoofd te bewegen in de richting van een geluid, de oogbewegingen te coördineren om te kijken.

Het kan zijn handjes niet naar zijn mond brengen, het kan ze niet in zijn gezichtsveld brengen en ze dus niet ontdekken en -later- niet richten naar onbekende voorwerpen.

De ontwikkeling van de samenwerking tussen zintuigen en bewegingen blijft uit. Structuering van op elkaar afgestemde functies blijft uit.

Het gemis aan ervaringen op zintuiglijk en motorisch gebied heeft tot gevolg een gebrek in het "waarnemen", in het "leren kennen", in het "vraag-en-antwoord-spel" tussen het kind en zijn omgeving. De opbouw van denk-associaties blijft daardoor gebrekkig en een stoornis in de geestelijke rijping is het gevolg.

Rett zegt over de cerebraal beschadigde kinderen:

"De psychische en intellectuele ontwikkeling van deze kinderen hangt ten dele af van zijn statische en motorische bekwaamheden: het zittende kind ondergaat een belangrijk sterkere invloed van zijn omgeving dan het liggende;

het kind, dat door het lopen zelf in staat is om zijn gezichtskring uit te breiden, wordt door het beleven van het "zich zelfstandig kunnen voortbewegen" in zijn psychisch- intellectuele mogelijkheden op beslissende wijze gestimuleerd".

Door het gestoorde contact met de omgeving ontstaat een achterstand in BELEVINGEN. De DIALOOG met de omgeving komt niet op gang. Door de bewegingsstoornissen kan het kind niet HANTEREN; het wordt niet tot HANDELEND wezen.

De eerste ontwikkeling blijft zodoende gebrekkig en raakt belangrijk achter.

Kortom: bij de revalidatie van kinderen is gebleken dat:

1e Het kind niet kan worden beschouwd als een "kleine volwassene";

2e Het kardinale punt bij de kinder-revalidatie ligt in: het STIMULEREN van de ONTWIKKELING.

Hoe eerder we met dit stimuleren van de ontwikkeling kunnen beginnen des te groter is de kans op succes. Vroege herkenning van de revalidatie-mogelijkheden is bij het kind dan ook niet alleen een vrome wens, het is een harde noodzaak.

Doel revalidatie van kinderen

Het doel van de vroege revalidatie van het kind kan als volgt omschreven worden:

- a. voorkómen van ontwikkelingsachterstand:
 - stoornissen in relatie tot het eigen ik
 - stoornissen in de relatie tot de omgeving
 - stoornissen in de ontwikkeling van de ruimtezin
 - stoornissen in de taalontwikkeling
 - stoornissen in de ontwikkeling tot zelfstandigheid
- b. inhalen van reeds ontstane achterstand in de eerste ontwikkeling.
- c. voorkómen van verder functie-verlies, b.v. voorkomen van deformiteiten, die tot zwaardere invaliditeit kunnen leiden.
- d. herstel van functies.
- e. zoeken naar compensaties voor blijvend functieverlies.
- f. coaching van de ouders, teneinde hen in te schakelen om het kind te leiden tot een zo normaal mogelijk leven.

Over welke kinderen gaat het?

In het kader van deze voordracht meen ik niet aan u te moeten voorleggen een lijst van gevallen en afwijkingen bij kinderen. Ook lijkt het me weinig zin hebben u te belasten met een of andere indeling van kinderen, die eventueel voor revalidatie in aanmerking zouden kunnen komen. Elk kind met een ernstige lichamelijke en/of zintuigelijke afwijking heeft zo jong mogelijk een intensieve en deskundige begeleiding nodig. Deze gedragslijn werd al jaren gevolgd ten aanzien van dove en blinde kinderen.

Na het voorgaande zal het u duidelijk zijn dat ook de kinderen met afwijkingen aan het houdings- en bewegingsapparaat een geëigende opvang nodig hebben, willen we een kans maken de nadelige invloed van de lichamelijke gebreken op de harmonische ontwikkeling van het kind zo klein mogelijk te houden.

Hiertoe zal de houding van de medicus tegenover het gebrek zich breder moeten ontwikkelen. We mogen niet blijven stilstaan bij het vaststellen van de aarden uitgebreidheid van de lichamelijke afwijking en het toepassen van een daarop gerichte therapie, maar ons ook bezig houden met de vraag: welke invloed kan dit defect hebben op de ontplooiing van dit kind. En laten we deze invloed niet onderschatten.

Plaats van de huisarts

Als vertrouwensarts van het gezin zal de huisarts veelal de eerste stoot kunnen geven tot de inschakeling van de revalidatie-deskundigen. Vóór en tijdens het dikwijls langdurige proces van de revalidatie neemt de huisarts een sleutelpositie in. Ook al is het kind onder behandeling en contróle van orgaan-specialisten, toch zal de huisarts dikwijls de initiatiefnemer zijn van de revalidatie.

Daarvoor is het nodig dat hij tijdig de diagnose stelt, iets dat bij duidelijk zichtbare gebreken aan het houdings- en bewegingsapparaat veelal geen grote problemen geeft. Enkele aandoeningen zijn echter moeilijker te diagnostiseren.

Spastische kinderen

Ik denk hierbij aan de groep van aangeboren zg. spastische kinderen beter gezegd de ENCEPHALOPATHIEËN.

Dikwijls komen zij pas laat, te laat in behandeling, omdat bij deze kinderen in de eerste levensmaanden het onderscheid tussen normaal en pathologisch soms uiterst moeilijk is. En toch, als er één categorie is, waarvoor een vroege diagnose en een vroegtijdig ingestelde behandeling doorslaggevend kunnen zijn voor het lateren leven, dan is dit wel de groep ENCEPHALOPATHIEËN.

Te veel heeft in het verleden de nadruk gelegen op de gestoorde motoriek.

Te weinig aandacht werd geschonken aan de stoornissen op het sensorische vlak, de gestoorde perceptie: de tast, het gehoor, het gezicht, de smaak, het evenwichtsorgaan, maar ook mogen we hierbij niet vergeten de proprioceptieve sensaties uit spieren, pezen, botten en gewrichten, waardoor niet alleen informatie over stand en beweging worden gegeven, maar ook inlichtingen over vorm en grootte, consistentie van voorwerpen etc. De perceptie-armoede kan een belangrijke factor zijn voor de ontwikkelingsretardatie, die we zo veelvuldig bij deze kinderen aantreffen.

Vroege diagnose

Zijn er dan mogelijkheden om ons op weg te helpen bij de vroege opsporing en diagnostiek van de ENCEPHALOPATHIËN?

Die mogelijkheden zijn er:

1. Nauwkeurige anamnese: familiale belasting; graviditeit; partus; toestand van het kind post partum.
2. Het onderzoek vlak na de geboorte.
3. Nauwkeurige follow-up van de z.g. "Risico-Baby's".
4. Kennis van de aard van de primitieve reflexen en van het tijdstip waarop ze verdwenen moeten zijn.

ad 1. De nauwkeurige anamnese:

Elke huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog en kinderarts zou overtuigd moeten zijn van de waarde van deze anamnestiche gegevens.

Nauwkeuriger dan tot nu toe zouden deze gegevens moeten worden vastgelegd. Hierbij zijn vooral belangrijk:

- a. praemature partus; circa 34% van de spastische kinderen hebben de praemature partus in hun anamnese. Een geboortegewicht kleiner dan 1600 gram maakt de prognose ongunstiger en moet ons verdacht doen zijn op ernstige afwijkingen.
- b. de moeilijke partus en de langdurige partus
- c. blauwe ashyxie post partum; hierdoor gevaar voor cerebrale anoxaemie, die tot hersenbeschadiging leidt.
- d. icterus gravis met als gevaren zowel bloedingen in cerebro als kernicterus. Bij 61.5% van de athetotische kinderen komt kernicterus voor.
- e. kramptoestanden in de eerste 6 levensmaanden.

Mathiasz (1966) noemt deze 5 anamnese-punten de "Anamnestiche belastende factoren".

Bij kinderen met encephalopathie vond hij in 83% van de gevallen één of meer van deze punten in de anamnese.

Als onze waakzaamheid gewekt wordt door deze anamnestiche gegevens zal het, in combinatie met verdachte symptomen, gemakkelijker zijn de zg. spastici tijdig te ontdekken, ook al komt de eigenlijke spasticiteit dikwijls pas ná de derde levensmaand naar voren.

Als belangrijke anamnese-punten zou ik ook nog willen noemen:

- de familiale belasting: verschillende auteurs melden gevallen van familiair voorkomen van paraparese, b.v. 6 gevallen in één familie.
- fluxus in de eerste 3 maanden van de graviditeit.

- vruchtbeschadigingen door infecties b.v. Toxoplasmose.
Of ook medicamentengebruik door de gravida een rol kunnen spelen bij het ontstaan van hersenbeschadigingen is nog onbekend.
Deze punten uit zwangerschap, geboorte-tijdperk en eerste levensmaanden waarschuwen ons dat we in die gevallen te maken kunnen hebben met "Risico-baby's".

ad 2. Het onderzoek vlak na de geboorte.

Apgar beschreef een eenvoudige methode om het kind na de geboorte te testen op zijn conditie. Dit onderzoek wordt regelmatig toegepast o.a. in het Jessop Maternity Hospital in Sheffield.
Het onderzoek wordt gedaan 60 seconden(1 minuut) na de partus en vastgelegd in een score.

Hartslag	Ademhaling	Reflexen	Spiertonus	Kleur	Score
100-140	norm.schreeuwen	norm.	goed	rose	2
100	irregulair, ondiep, oppervl.	verlaagd	redelijk	redelijk	1
geen	apnoe > 60 sec.	absent	slap	cyanose	0

Goede score: 8 - 10 punten; 3 - 7 punten: redelijk; 0 - 2 punten slecht. Deze scoring kan herhaald worden na 3 en na 10 minuten.
Meestal stijgt het puntental. Naarmate de score langer laag blijft is de prognose slechter.

ad 3. Nauwkeurige follow-up van de zg. Risico-baby's.

Als het kind volgens de gegevens onder 1 als risico-baby moet worden bestempeld mogen we met de follow-up niet wachten tot de ouders zelf eens met het kind komen opdagen!

De meeste ouders komen dan te laat; de meeste artsen zien de vroege symptomen van encephalopathie over het hoofd, als ze er niet op verdacht zijn (anamnese!). Dan worden de ouders dikwijls gerust gesteld met de woorden: "er zijn nu eenmaal vlugge en luie baby's". Dat is natuurlijk zo en we moeten reëel zijn, niet paniekerig doen. Maar als de hierop attente arts voor zichzelf de aanwezigheid grenzende waarschijnlijkheid vaststelt dat er een hersenbeschadiging bestaat, moet hij de betekenis daarvan met de ouders bespreken en maatregelen nemen voor verder onderzoek.
De follow-up van risico-baby's moet minstens één jaar duren en langer worden voortgezet naarmate de belastende factoren in de anamnese talrijker of ernstiger waren, de Apgar-score lager lag. Bij de follow-up maken we gebruik van:

- a. Symptomen, die wijzen op vertraagde motorische ontwikkeling.
Enkele richtpunten:
Hoofdbalans: in verticale stand vanaf 4e week
 in buiklig: vanaf 6e week opheffen
 in ruglig: ophouden vanaf 5e maand
Meekomen van hoofd bij optrekken tot zit: vanaf 10e maand
Kruiphouding: vanaf 8e - 12e maand
Staan: vanaf 12e - 21e maand
Lopen: vanaf 12e maand.
- b. Lichamelijke afwijkingen: o.a. ademhalingsstoornissen: rochelend, onregelmatig, aanvallen van cyanose.
visusstoornissen/strabismus
reageren met hoge temperaturen
bij geringe infecties

c. gegevens van de moeder:

Moelijkheden met drinken; slechte groei; stramheid van de beentjes bij het luier verwisselen; het pas laat openen van de vuist en de geadduceerde duim bij hemiparesen; abnormale onrust van het kind of abnormale slaperigheid; blijven kwijlen aan het eind van het eerste levensjaar.

ad 4. Het langer blijven bestaan van de primitieve reflexen:

Als voornaamste primitieve reflexen, die makkelijk zijn na te gaan, noem ik:

Asymmetrische Tonische Nekreflex:

Rotatie van het hoofd naar rechts of links veroorzaakt een extensie van de homolaterale extremiteiten en een flexie van de contralaterale extremiteiten.

Reflex hoeft niet geheel volledig te zijn, soms alléén duidelijk aan de benen; soms alleen tonusverhoging. In de eerste 4 maanden is deze reflex niet pathologisch.

Grijpreflex:

Vinger of voorwerp via ulnaire zijde in handpalm gebracht geeft een krachtige vingerflexie en greep. Na de derde levensmaand is deze reflex normaliter verdwenen.

Moro-reflex:

Kind in rugligging; slag op kussen geeft achtereenvolgens extensie van beide armen, daarna flexie (zg. "Omhelzingsreflex"). Reflex van Moro is verdwenen na de 4e maand; boven de 6e maand duidelijk pathologisch.

Zuigreflex:

Bij aanraken van wang of mondje wordt het hoofd gedraaid en begint het kind te zuigen. Deze reflex is doorgaans na de 6e maand verdwenen.

Hoe deze wetenschap te gebruiken?

Bij de Risico-kinderen moeten we niet wachten op duidelijke symptomen van achterblijven in motorische ontwikkeling. Dit zou alleen maar tijdverlies betekenen.

Bij het geringste vermoeden op een hersenbeschadiging dienen we te laten beginnen met oefentherapie.

Onder supervisie van een deskundige physiotherapeut kan de moeder beginnen met baby-oefeningen. Het doel van deze oefeningen is allereerst om moeder te leren enkele malen per dag gedurende 5 - 10 minuten met het kind bezig te zijn, waardoor het kind wordt uitgelokt tot contact en tot activiteit en waardoor het bepaalde proprioceptieve sensaties ondergaat, die het door gebrek aan eigen activiteit anders zou missen.

Moeder en physiotherapeuten merken tijdens deze oefeningen bovendien meer op dan de arts bij zijn onderzoek van 10 - 15 minuten. Dit voorgeschreven contact met het kind is bovendien een belangrijk middel om al heel vroeg de ontwikkeling van de sensomotoriek en de perceptie te stimuleren en daardoor achterblijven in ontwikkeling zoveel mogelijk te voorkómen.

Spina Bifida

Voor de kinderen, die worden geboren met een Spina Bifida, een meningo-of meningo-myelocèle, wil ik ook uw bijzondere aandacht vragen.

Nog steeds, ondanks de verbetering van de neurochirurgische technieken, heerst bij velen de mening dat er met deze kinderen niet veel te beginnen is.

Sinds echter de levenskansen verbeterd zijn en ook de hersenbeschadiging door de dikwijls optredende hydrocephalus met succes kan worden voorkómen, is deze pessimistische instelling niet langer verantwoord.

Nu de gevaren van de operatieve sluiting van de rug aanzienlijk verminderd zijn, de secundaire hydrocephalus goed bestreden kan worden en door de mobilisatie van deze partiële of totale dwarslaesie-kinderen de osteoporose, de heupluxatie, decubitus en de contractuurvorming minder kansen krijgen en de longfunctie aanzienlijk toeneemt, blijft er toch nog steeds de moeilijkheid van de neurologische blaas en de bedreiging door reflux-hydronephrose en urogenitale infecties.

Deze infecties geven soms minder symptomen, naarmate ze hoger opgestegen zijn. Dit houdt in dat ongemerkt de processen chronisch worden en zoals u weet is de chronische pyelonephritis een veel voorkomende oorzaak van een uraemische dood.

Ook hier geldt dat het verdacht zijn op de complicaties de eerste stap tot praeventie is.

Vroege urologische bewaking is temeer gewenst, nu de levens- en revalidatie-kansen voor deze kinderen zoveel beter geworden zijn. Fester pleit voor urologisch onderzoek binnen 6 weken na de geboorte. Over de technieken gebruikt bij het mobiliseren wil ik vandaag niet spreken, dat zou teveel tijd vergen.

Cong. amputaties

Tenslotte nog een enkel woord over kinderen met aangeboren amputaties. Ook hier menen nog vele artsen een afwachtede houding te moeten aannemen.

Toch kan afwachten ook hier noodlottig zijn voor de ontwikkeling van het kind, met name voor het ontwikkelen van het lichaams-schema, de ruimtelijke oriëntatie en het zich op tijd leren voortbewegen. Hoe vroeger we dergelijke kinderen voorzien van een eenvoudige prothese aan arm of been, des te groter is de kans dat het kind de prothese aanvaardt als een geïntegreerd deel van het lichaam. Een late prothese-voorziening houdt het gevaar in dat de prothese niet meer aanvaardt en dus niet gebruikt wordt.

Met name bij de armdefecten moeten we er tijdig bij zijn. Het kind moet van meet af leren te pakken met twee armen. De eerste prothese kan een eenvoudig schelpje zijn, als een soort hulphandje. Later kunnen meer technische mogelijkheden aan de prothese worden aangebracht.

Belangrijk is ook de ouders ervan te overtuigen dat in de eerste kinderjaren het inschakelen van het defecte lidmaat van veel groter belang is dan een cosmetische substitutie voor het ontbrekende deel. Een snel aansluitende prothese-voorziening na traumatische amputaties hoef ik wellicht niet meer te benadrukken in dit gezelschap.

-.-.-.-.-

Inleiding

In verband met het complexe en vooral multidisciplinaire karakter van de revalidatie, waarbij vooral ook de onderlinge communicatie en de juiste coördinatie van de verschillende activiteiten een voorwaarde voor het welslagen van de hele procedure is, is het begrijpelijk dat organisatie een belangrijk aspect van het geheel vormt. Dit geldt zowel voor de organisatie tijdens de eigenlijke revalidatie behandeling in centra en afdelingen van ziekenhuizen, alsook daarbuiten, met name wat de activiteiten betreft van de vele instanties en organisaties die werkzaam zijn op deelterreinen van de revalidatie en vaak van zeer verschillend karakter zijn.

In dit artikel zal voornamelijk aandacht geschonken worden aan het laatste aspect van de organisatie daar de organisatie van de eigenlijke behandeling reeds elders in deze synopsis is toegelicht.

De ontwikkeling van de revalidatie in Nederland sinds de laatste oorlog, vertoont nog steeds een zeer dynamisch karakter. Dit vindt ook zijn terugslag in de organisatievorm, waar eigenlijk alles nog in beweging is, zodat op verschillende terreinen in de organisatie nog duidelijke vaagheden aanwezig zijn, hetgeen ook het aangeven van een duidelijk omschreven organisatiepatroon bemoeilijkt.

I Mogelijkheden van revalidatie

Uit de definitie van de revalidatie blijkt wel dat revalidatie niet bij uitstek gebonden hoeft te zijn aan speciale instanties, maar dat in wezen iedere arts, dus met name ook de huisarts met de hem tot beschikking staande mogelijkheden in zijn omgeving (heilgymnast-masseur, wijkverpleegster, maatschappelijk werkster etc.) kan en moet revalideren, evenals ook de specialist in het ziekenhuis.

Toch is er ook op dit terrein een behoefte ontstaan van een meer gespecialiseerde aanpak, zowel in ziekenhuizen als in speciale, daartoe ingerichte revalidatie inrichtingen.

De belangrijkste mogelijkheden zijn als volgt te onderverdelen:

a. Revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen.

Een toenemend aantal ziekenhuizen, waaronder inmiddels ook enige universiteitsklinieken, gaat over tot het oprichten van z.g. revalidatie-afdelingen onder leiding van een specialist revalidatie-arts met beperkte mogelijkheden voor de revalidatie van de in het ziekenhuis opgenomen patienten.

Helaas wordt deze ontwikkeling afgeremd door het gebrek aan voldoende revalidatie-artsen.

Deze afdelingen beschikken in het algemeen over mogelijkheden voor de fysische therapie en eenvoudige vormen van arbeidstherapie, terwijl in een aantal gevallen, voor de begeleiding naast de revalidatie arts ook een maatschappelijk werker aanwezig is.

Door de beperkte opzet zullen in deze afdelingen over het algemeen de meer eenvoudige vormen van revalidatie bedreven kunnen worden, waarbij het vooral gaat om patiënten die primair in het ziekenhuis zijn opgenomen met resttoestanden die een minder langdurige behandeling vragen, terwijl de bijkomende problematiek minder gecompliceerd zal zijn.

Melding dient in dit verband gemaakt te worden van een activiteit in Overijssel, waar een groep ziekenhuizen gezamenlijk is overgegaan tot de oprichting van een stichting revalidatie in de ziekenhuizen, welke stichting enige revalidatie-artsen en maatschappelijk werkers heeft aangetrokken die leiding geven aan de revalidatie in de aangesloten instituten. Ook elders bestaan activiteiten die in deze richting wijzen.

b. Revalidatiecentra.

Voor die gevallen waar de revalidatie centraal staat, in het algemeen van de zwaar gehandicapten voor wie een langdurige en zeer uitgebreide vorm van revalidatie noodzakelijk is, bestaan er in Nederland revalidatiecentra, waarbij ook nog enige typen te onderscheiden zijn.

- 1e. Revalidatiecentra met mogelijkheden voor klinische en poliklinische revalidatie, zowel voor volwassenen als kinderen. Over het algemeen volledig gescheiden afdelingen, daar beide groepen niet door elkaar behandeld behoren te worden, terwijl ook iedere groep zijn eigen omgeving vraagt.
- 2e. Poliklinische revalidatiecentra zowel voor volwassenen als kinderen.
- 3e. Revalidatiecentra speciaal voor kinderen inclusief onderwijsmogelijkheden. Wat het laatste betreft, het spreekt vanzelf dat ook de kinderafdelingen van de gecombineerde centra over onderwijsmogelijkheden beschikken, daar anders de revalidatie niet volledig tot zijn recht kan komen.
- 4e. Revalidatiecentra voor specifieke aandoeningen zoals asthma, epilepsie en binnenkort zeer waarschijnlijk ook hart- en longziekten.

c. Reactiveringscentra of verpleeghuizen met reactiveringsmogelijkheden.

Ook deze dienen in dit verband genoemd te worden, daar de reactivering als een vorm van revalidatie gezien kan worden voor speciale groepen gehandicapten met name de chronisch zieken en de oudere patient, waar het verkrijgen van een zo groot mogelijke zelfstandigheid centraal staat.

II Aanvullende mogelijkheden op het gebied van de revalidatie

a. Mytylscholen.

Het betreft hier scholen in het kader van het bijzonder lager onderwijs speciaal voor lichamelijk gehandicapte kinderen.

Deze scholen kunnen nog weer verdeeld worden in z.g. centrum scholen, functionerend als onderdeel van een revalidatiecentrum voor kinderen, en als afzonderlinge units, waarbij dan het onderwijs centraal staat,

terwijl daarnaast ook mogelijkheden voor een onderhoudsbehandeling aanwezig zijn.

De onderwijswet geeft sinds kort mogelijkheden tot toelating van kinderen vanaf het 3e jaar tot 17 jaar met mogelijkheden van dispensatie tot 20 jaar. In het kader van deze scholen kan nu kleuteronderwijs, lager onderwijs en voortgezet lager onderwijs gegeven worden.

b. In de sector arbeid en voorbereiding tot de arbeid zien we:

1e. Rijkswerkplaatsen voor vakontwikkeling. Mogelijkheden van vakopleiding primair ingesteld op de valide, waar echter ook de gehandicapte een vakscholing kan krijgen.

2e. Aangepaste vormen van vakscholing voor gehandicapten, zowel voor jongens als meisjes, waarvan er slechts nog enkele mogelijkheden in het land aanwezig zijn m.n. in Groesbeek en in Arnhem.

3e. Beschutte werkplaatsen.

Hiervan bevindt zich een dicht gespreid net over het gehele land met mogelijkheden voor productieve arbeid voor de gehandicapten, die niet of nog niet in het vrije arbeidsproces geplaatst kunnen worden.

Aan sommige van deze werkplaatsen is een zogenoemde ARA verbonden, een arbeids revalidatie afdeling, welke er voornamelijk op gericht is, de gehandicapte die aangeboden wordt voor beschuttende arbeid, te evalueren t.a.v. zijn mogelijkheden voor de arbeid.

III Organisaties, instanties of instellingen welke buiten de geïnstitutionaliseerde inrichtingen een belangrijke taak in de revalidatie vervullen.

a. Kruisverenigingen.

Als onderdeel van de algemene gezondheidszorg ontplooiën deze organisaties ook activiteiten op het terrein van de revalidatie, welke b.v. tot uiting komt in het aanstellen van zogenoemde districtsverpleegsters voor de revalidatie, die een coachende taak hebben t.o.v. de revalidatieproblemen waarmee de wijkverpleegsters in hun wijk geconfronteerd kunnen worden.

In sommige provincies is men reeds overgegaan tot het aanstellen van een coördinerend arts voor de revalidatie, in het algemeen een arts met een sociaal geneeskundige achtergrond, die dus uitdrukkelijk de taak heeft, de activiteiten van de kruisverenigingen op het gebied van de revalidatie zoveel mogelijk te coördineren.

b. De arbeidsbureau's met hun afdelingen voor de bijzondere bemiddeling voor gehandicapten, welke voor de specifiek medische problemen op dit terrein bijgestaan worden, districtsgewijze door de z.g. arbeidsartsen.

c. Landelijke vereniging de A.V.O., sociale zorg voor minder validen, die als enig particuliere organisatie naast het arbeidsbureau het

recht van bemiddeling heeft. Deze bemiddeling is voornamelijk toegespitst op de hulp bij zelfstandige vestigingen. Voor de uitvoering van dit werk beschikt de A.V.O. over z.g. buitendienstambtenaren welke een rayon hebben ongeveer gelijkvallend met de provincies.

- d. Verschillende organisaties op het gebied van het maatschappelijk werk, meestal provinciaal georganiseerd in z.g. opbouworganen, die als uitvloeisel van het algemeen maatschappelijk werk ondermeer een belangrijke taak hebben bij de begeleiding van de gehandicapte, vooral op het z.g. thuisfront.
- e. In de overheidssector de afdelingen sociale zaken van de respectievelijke gemeentes, welke vooral bij de uitvoering van de z.g. bijstandswet geconfronteerd worden met financiële problemen welke samenhangen met de revalidatie van gehandicapten. Het betreft hier in sommige gevallen financiering van behandelingen, die niet door een ziekenfonds of een andere instantie gedragen kan worden, de verstrekking van bijzondere hulpmiddelen zoals rolstoelen, etc. veranderingen aan woningen om deze geschikt te maken voor gehandicapten e.d. dingen meer.
- f. Tenslotte dient hier nog vermeld te worden de door de gezamenlijke bedrijfsverenigingen als uitvoerder van de ziekte- en werkloosheidswet ingestelde Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.), welke dienst bevoegd is in het kader van de uitvoering van de wet op de arbeidsongeschiktheid (W.A.O.), voorschriften of adviezen te geven in het belang van de behandeling of genezing, of tot behoud, herstel of tot bevordering van de arbeidsgeschiktheid. De W.A.O. is op 1 juli 1967 in werking getreden en heeft de Ongevallenwet, Invaliditeitswet en Interimwet invaliditeits-trekkers vervangen en omvat alle loontrekkenden. Begrijpelijkwijz speelt de revalidatie een belangrijke rol bij de uitvoering van deze wet.

IV Organen ten behoeve van coördinatie en samenwerking met betrekking tot het gehele revalidatieterrein.

a. Raad voor revalidatie.

In deze raad zijn vertegenwoordigd de departementale afdelingen overheidsdiensten en landelijke particuliere organisaties, die zich op welk terrein dan ook met de revalidatie bezighouden. De raad is in de eerste plaats adviesorgaan van de regering en heeft tot doel het aangeven van de juiste richting voor de ontwikkeling voor de revalidatie in Nederland.

b. Nederlandse Centrale Vereniging ter bevordering van de Revalidatie (N.C.V.R.).

Deze vereniging geldt als de representatieve bundeling van het particuliere initiatief op het gebied van de revalidatie en fungeert voor de aangesloten leden als:

1e. landelijk samenwerkingsorgaan.

2e. platform voor overleg.

3e. service instituut.

Door commissies en werkgroepen worden bepaalde onderwerpen op het terrein van de zorg voor gehandicapten bestudeerd en gepubliceerd dikwijls in de vorm van uitstekende rapporten, welke zeker niet alleen voor de revalidatie-artsen maar ook voor de huis-artsen van bijzonder groot belang zijn. Gewezen mag worden op de rapporten die uitgebracht zijn t.a.v. de huisvesting van gehandicapten, voorzieningen aan openbare gebouwen, eveneens ten behoeve van de gehandicapten, monografie met betrekking tot de urinalen e.d. meer. Verder wordt een maandblad uitgegeven samen met de raad voor de revalidatie, hetwelk ook een uitstekend overzicht geeft voor al datgene wat er op revalidatie gebied in Nederland gaande is. Belangrijk is in dit verband nog te noemen de medewerking van de N.C.V.R. samen met enige andere grote organisaties en het Instituut Voorlichting voor Lichamelijk Gehandicapten, die zoals de naam al zegt bedoeld is als voorlichtings instituut t.b.v. de lichamelijk gehandicapten in het bijzonder voor diegene die met deze groep te maken hebben.

In het Instituut worden verschillende tentoonstellingen georganiseerd welke alle betrekking hebben op de hulpmiddelen die de zelfstandigheid van de lichamelijk gehandicapten kunnen vergroten, terwijl ook een uitgebreide documentatie aanwezig is. Dit voorlichtings instituut is gevestigd in Den Haag.

c. Provinciale Revalidatie Stichtingen.

In iedere provincie is in de loop van de laatste 15 jaar een provinciale revalidatie stichting tot stand gekomen. Deze stichtingen zijn opgericht door de overheid en particulier initiatief.

Men streeft er naar in een bestuursvorm het samenspel van alle sectoren van de revalidatie te verwezenlijken. De stichtingen hebben tot taak:

- A. het adviseren, coördineren, organiseren, stimuleren, voorlichten op het terrein van de revalidatie van personen met een lichamelijke handicap in de desbetreffende provincies.
- B. Het bundelen van de, op het terrein van de revalidatie werkzame sectoren: medisch- en maatschappelijk werk, arbeids- en onderwijssector.

De werkzaamheden van de provinciale stichting bestaan ondermeer uit:

- 1. Het fungeren als informatiecentrum op het gebied van de revalidatie mogelijkheden voor personen met een lichamelijke handicap.
- 2. Het coördineren inzake de hulpverlening en het treffen van de nodige voorzieningen ten behoeve van personen met een lichamelijke handicap in samenspel met diegene die reeds in relatie staat tot deze persoon.

3. Het stimuleren tot het ondernemen van activiteiten ten behoeve van groepen personen met een handicap.
Het geven van voorlichting d.m.v. lezingen, bijeenkomsten en cursussen en het verspreiden van brochures.
4. Het stimuleren van en adviseren bij de totstandkoming van voorzieningen t.b.v. personen met een handicap.
5. Het coördineren van de werkzaamheden van de onder de auspiciën van de Provinciale Revalidatie Stichting werkzame regionale revalidatie adviesteams.

In Nederland zijn momenteel een honderd van deze regionale revalidatie adviesteams, de z.g. RRAT's werkzaam. Een binding met de provinciale stichting voor revalidatie is in de ene provincie nauwer dan in de andere. In het algemeen kan gezegd worden dat het RRAT werkt met een eigen verantwoordelijkheid voor zijn regio. De samenstelling waarborgt een zo groot mogelijke objectiviteit met de advisering t.b.v. de mens met een handicap.

De RRAT's, wier werkgebied over het algemeen samenvalt met dat van de gewestelijke arbeidsbureau's, hebben primair tot taak de advisering tot hulpverlening. In de praktijk komt het hier op neer dat ingewikkelde problemen bij de RRAT's ter bespreking komen.

Minder ingewikkelde problemen kunnen worden afgedaan door samenwerking in kleiner verband.

De RRAT's hebben een vaste kern, bestaande uit een arts, een verpleegkundige, een maatschappelijkwerk-adviseur, consultant voor de bijzondere bemiddeling van het arbeidsbureau, een vertegenwoordiger van de A.V.O. en een vertegenwoordiger van de Gemeentelijke Sociale Dienst. Naar behoefte kunnen andere deskundigen gevraagd worden aan dit teamgesprek deel te nemen.

Het RRAT als zodanig behandelt niet, hoewel het wel functionarissen in zijn midden kan hebben die met de behandeling reeds bezig waren, of daarmee kunnen worden belast. Bovendien kan het RRAT mogelijke leemten of lacunes in eigen regio signaleren en deze rapporteren aan de provinciale revalidatie stichting.

Hier moge nog aan toegevoegd worden dat juist provinciale stichtingen met hun RRAT's in veel gevallen de regionale revalidatiecentra, als boven reeds genoemd, een belangrijke schakel kunnen betekenen van het centrum naar het thuisfront. Juist bij de centra, die in het algemeen een vrij groot gebied bestrijken is het directe contact met het thuisfront en alle daar liggende problemen rondom deze patient, lang niet altijd even eenvoudig. De provinciale stichting vervult danook de taak van de liaison tussen dit centrum en het thuisfront door middel juist van de krachten in de provinciale stichting, samen met de RRAT's.

Hier dient echter nog wel aan toegevoegd te worden dat het van belang blijft dat de terugverwijzing van het revalidatie- naar het thuisfront uiteraard primair via de huisarts dient te geschieden, maar dat daarbij indien noodzakelijk het RRAT ingeschakeld kan worden om die hulp te verlenen die vaak op allerlei terreinen nog noodzakelijk is.

Het bovenstaande is zeker nog niet een volledige opsomming van alles wat zich op dit gebied beweegt, maar geeft meer de grote lijnen aan, hoewel het toch voldoende duidelijk blijkt hoe ingewikkeld het patroon van de revalidatie in Nederland is.

Het is echter wel duidelijk dat voor de huisarts vooral in dit alles belangrijk zijn de provinciale revalidatie stichtingen en zijn RRAT's, welke als wegwijzer kunnen dienen in dit doolhof, vooral bij problemen van algemene aard inzake de revalidatie.

Daarnaast is vooral voor de individuele problematiek rondom de gehandicapte een verwijzing rechtstreeks naar een revalidatie-arts specialist verbonden aan een revalidatie afdeling van een ziekenhuis of een revalidatiecentrum in de regio, uiteraard steeds mogelijk.

Tenslotte moge nog voor al diegenen die behoefte hebben aan een kort en bondig overzicht van al datgene wat er op revalidatiegebied in Nederland mogelijk is, verwezen worden naar het z.g. Revalidatiejaarboek, een vademecum t.b.v. lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten, uitgegeven door de Nederlandse Centrale Vereniging ter Bevordering van de Revalidatie, waarvan zojuist de jaargang 68/69 is verschenen. In dit Revalidatiejaarboek wordt behalve een kort overzicht van de organisatie en zijn verschillende vertakkingen, een zeer volledige lijst van adressen gegeven welke van belang kunnen zijn in het totaal van revalidatieproblemen voor de gehandicapte, zoals o.a. adressen van revalidatiecentra, mytylscholen, beschuttende werkplaatsen, stichtingen die zich bezig houden met recreatie en wat dies meer zij.

-.-.-.-.-

Het door Venema aangehaalde REVALIDATIEJAARBOEK 68/69

Vadecum t.b.v. lichamelijk
en zintuiglijk gehandicapten

kan ook door ons voor iedere huisarts, die in deze materie
is geïnteresseerd, worden aanbevolen.

Dit boekje is bij de Nederlandse Centrale Vereniging ter
bevordering van de Revalidatie, Stadhouderslaan 142 te
's-Gravenhage te verkrijgen door storting van f.4,50 op
gironummer 38 21 00 t.n.v. de N.C.V.R.

De mogelijkheden van de revalidatie bij enige geselecteerde groepen van patienten.

F.B. Venema

Met opzet wordt hier de aandacht gevraagd voor de mogelijkheid van revalidatie bij enige groepen van patienten die over het algemeen niet zo vanzelfsprekend hiermee in verband werden gebracht, m.n. de groep patienten geopereerd wegens een hernia nucleï pulposi en die met een resttoestand na een schedeltrauma zonder duidelijke neurologische verschijnselen.

Bij beide groepen patienten treedt de evident lichamelijke handicap niet duidelijk op de voorgrond, waardoor men nogal gauw geneigd is de mogelijkheden van de revalidatie over het hoofd te zien. De neiging bestaat, revalidatie te koppelen aan duidelijke lichamelijke afwijkingen b.v. op neurologisch terrein, of in de sfeer van het bewegingsapparaat, waarbij men uit het oog verliest dat revalidatie meer is dan alleen een poging tot het bereiken van een optimale fysieke aanpassing van het bewegingsapparaat.

Met opzet werden ook bovengenoemde groepen patienten gekozen daar beide groepen aandoeningen in de huisartsenpraktijk voorkomen en ernstige problemen kunnen geven, die misschien vermeden kunnen worden bij een juiste behandeling in de zin van de revalidatie.

I De nabehandeling van de patient geopereerd wegens een H.N.P.

Het is opvallend dat in de uitgebreide literatuur over dit onderwerp betrekkelijk weinig aandacht geschonken wordt aan de nabehandeling. Ook in Nederland bestaan nog duidelijk verschillende opvattingen in deze, vooral ten aanzien van de noodzaak van de inschakeling van de revalidatie.

In Enschede is, mede ook door de bestaande constellatie n.l. een revalidatiecentrum, nauw aanleunend tegen een groep ziekenhuizen met o.a. een neurochirurgisch centrum, langzamerhand een wijze van behandelen gegroeid waarbij de geopereerde H.N.P.-patient na een kort verblijf in het ziekenhuis via een aansluitende opname in het Centrum naar huis wordt ontslagen.

De behandeling in het Revalidatiecentrum draagt een vrij algemeen karakter, waarbij vooral de geleidelijk aan op te voeren belasting in de fysieke therapie en arbeidstherapie een belangrijke rol spelen. De belangrijkste elementen van deze therapie zijn:

a) Oefentherapie.

Belangrijk hierbij zijn de spierversterkende oefeningen, zowel van algemene aard als meer specifiek ten aanzien van het versterken van rugextensoren, buikspieren, quadratus lumborum voet- en enkelspieren en quadriceps. Contractuurbestrijding vooral t.a.v. de quadratus lumborum heupflexoren en knieflexoren. Houdingsoefeningen waarbij vooral veel aandacht wordt geschonken aan bekkenkantelings oefeningen met een anti-lordoserend effect, te beginnen in lighouding en daarna geleidelijk aan zittend tot staand overgaand. Wat de algemene therapie betreft, deze is voornamelijk gericht op het versterken van de spierkracht in het algemeen, het vergroten van het uithoudingsvermogen, niet alleen algemene oefentherapie, maar vooral ook in de latere fase van de behandeling door het invoeren van aangepast sport en spel.

- b) Houdingscorrectie.
Meestal bestaan er verschijnselen van scheefstand van het bekken met daarmee gepaard gaande afwijkende stand van de wervelkolom als lordose, skoliose, torsie etc.
Ook een zware buik kan aanleiding geven tot een sterke neiging tot lordose, waardoor gewichtscorrectie van belang is. Soms is het nodig de houdingscorrectie passief te ondersteunen b.v. door een corset, echter zo mogelijk niet blijvend.
- c) Voorzichtig opvoeren van de belastbaarheid.
In het begin, vooral vlak na de operatie is een strak gedoceerd programma van kortdurende belasting met daartussen rustperiodes van zeer groot belang. Hier moet zeer individueel te werk worden gegaan, afhankelijk van de mogelijkheden van de patient zelf. Voor het opvoeren van de belastbaarheid speelt in de latere fase de arbeidstherapie en sport en spel zoals reeds eerder genoemd werd, een belangrijke rol. Men dient er voor te waken dat de patienten niet bloot gesteld worden aan te snelle en te zware belasting ineens.
- d) Contrôle van het looppatroon.
Het blijkt dat sommige patienten na de operatie een afwijkend looppatroon vertonen, welke dikwijls berust op spierzwakte. Ondersteunende maatregelen kunnen in dergelijke gevallen een uitkomst bieden, zoals b.v. het laten ondersteunen door een stok, adequate ondersteuning van de voeten d.m.v. steunzolen en in sommige gevallen een verhoging van de zool.
- e) Correctie van de werkhouding.
Hierbij is het van belang om na te gaan welke werkzaamheden de patient voor de operatie verrichtte en vooral op welke wijze hij ze verrichtte. Vaak blijkt het dan dat de werkhouding niet ideaal is te noemen en dat hier door betrekkelijk eenvoudige middelen een verbetering is te brengen waardoor een physiologische houding bereikt wordt. Ook zal de patient geleerd moeten worden op de juiste manier te leren tillen zonder dat de wervelkolom meer dan noodzakelijk belast wordt. Behalve deze vormen van therapie, welke voornamelijk gericht zijn op een optimaal functioneel herstel, is een begeleiding van de arts, maatschappelijk werker en in sommige gevallen ook van een psycholoog, van zeer groot belang i.v.m. de uitgebreide problematiek, waarbij wij geconfronteerd worden bij deze groep.
Voor de meeste patienten, die zoals onze ervaring leert, jarenlang voor de operatie klachten hadden, is een operatie meer dan de fysieke ingreep alleen, veel meer een existentieel trauma hetwelk ondersteuning en begeleiding vraagt om tot een optimale aanpassing te geraken. Belangrijk is vooral dat de patient weer het nodige vertrouwen in zijn rug krijgt en leert ervaren dat hij zijn rug weer gebruiken en belasten kan.

Om enigszins een indruk te krijgen van de aard van de patienten en de bereikte resultaten volgen hier nog een aantal gegevens, verzameld in een periode van drie jaar, waarin 94 patienten op deze manier werden behandeld.

Totaal behandeld	: 94 patienten
waarvan mannen	: 65 (70%)
vrouwen	: 29 (30%)
ingeschakeld in het arbeids- proces	: 75 (80%)
huishoudvrouwen	: 19 (20%)
gemiddelde leeftijd	: 38 jaar (16 - 60 jaar)
gemiddelde duur van de klachten voor de operatie	: 3½ jaar
gemiddelde duur van de periode van niet werken (ziektewet uitkering)	: 3 maanden (¼ - 18 maanden).

Juist het feit dat het hier patienten betreft die gemiddeld 3½ jaar klachten hadden voor de operatie, met gemiddeld een periode van 3 maanden niet werken, maakt wel duidelijk dat ook al is de operatie geslaagd te noemen, een periode van geleide aanpassing, als boven beschreven, zeker geen overbodig luxe is.

Ook de maatschappelijke problemen van allerlei aard worden hierdoor veel duidelijker, daar uit de bovengenoemde groep wel blijkt dat over het algemeen het een groep mensen betreft die midden in het volle leven staan of in het arbeidsproces zijn ingeschakeld, of als huisvrouw de verantwoording voor een gezin moeten dragen.

De indicatie tot operatie werd gesteld op grond van de voorgeschiedenis, myelographie en röntgenonderzoek en neurologisch onderzoek. Localisatie van de herniae bij de operatie gevonden, werden gelijkmatig verdeeld over L5-S1 en L4-L5 en in sommige gevallen op 2 niveau's. Neurologische afwijkingen werden gevonden in 50% van de gevallen.

Bij 7 gevallen van de geopereerde groep werd geen hernia gevonden. In 2 gevallen werd secundair nog een arthrodesse verricht. 1% is vrij kort na de operatie overleden. Opvallend is dat de 7 gevallen waar bij de operatie geen hernia werd gevonden, het uiteindelijke resultaat slecht te noemen was, hetwelk een aanwijzing geeft, te trachten de indicatie tot operatie zo zuiver en precies mogelijk te stellen. De gemiddelde duur van opname in het ziekenhuis in verband met de operatie was 18 dagen.

De gemiddelde duur van opname in het revalidatiecentrum 19 dagen (4 - 77 dagen).

Poliklinisch werden nabehandeld na verblijf in het centrum 49 patienten. (52%).

Duur van de poliklinische nabehandeling gemiddeld 4 weken (1-15 weken).

Hieruit blijkt dat voor de helft van de patienten het noodzakelijk was de overgang naar volledige belasting en inschakeling in het maatschappelijk leven, geleidelijk aan te laten verlopen door een aflopende poliklinische behandeling te geven.

Resultaat qua algemeen welbevinden, in die zin dat er geen pijnklachten meer waren, normale functie etc.

positief	: 73 (77%)
ongeveer gelijk	
gebleven	: 13 (14%)
duidelijk meer	
klachten dan	
voorheen	: 8 (9%)

In deze groep bevinden zich 5 van de patienten waarbij bij de operatie bleek dat geen hernia aanwezig was.

Weer ingeschakeld in het arbeidsproces, of als	
huisvrouw weer werkzaam in de huishouding	: 81 (86%)
waarvan in ander beroep	: 24 (25%)

Gemiddelde duur van de periode van operatie tot	
de tewerkstelling	: 3 maanden (in
	variatie van
	1 - 10 mnd.).

Uit het feit dat het voor 25% van de patienten noodzakelijk was een ander beroep te vinden, blijkt ook wel weer dat een nauwkeurige begeleiding ook in deze zin zeer nuttig te noemen is.

Met opzet is deze groep gekozen, daar deze juist vaak aanleiding geeft tot grote problemen na ontslag uit het ziekenhuis, daar in een aantal gevallen de patient schijnbaar genezen is en geleidelijk aan weer belast kan worden. Juist op dat ogenblik treden er vaak verschijnselen op zowel van psychopathologische als neurovegetatieve aard. Deze verschijnselen kunnen zich uiteraard op allerlei wijze voordoen, soms ook een sterk neurotisch karakter dragen, maar waarbij toch ook duizeligheid, hoofdpijn e.d. een rol kunnen spelen.

Over het algemeen maken de verschijnselen een vrij subjectieve indruk, waardoor men, indien men niet voldoende op de hoogte is van de achtergronden van deze aandoeningen, nog wel eens geneigd is deze patienten niet die zorg te geven die zij eigenlijk nodig hebben.

Het is nog steeds een groot probleem de schedeltraumata duidelijk op grond van de klinische verschijnselen te classificeren, vooral in de groep van de gesloten schedelletsels. Toch is juist met het oog op het stellen van de indicatie van de noodzaak van een gerichte nabehandeling een classificatie wel zeer belangrijk.

Met het hanteren van de begrippen commotio - contusio komen we hier ook niet, daar deze beelden zeer moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn.

In Duitsland heeft men in verband hiermede op grond van uitgebreide ervaringen, vooral ook in de eerste wereldoorlog en daarna, een classificatie ontwikkeld in drie groepen, waarbij vooral Tönnies en medewerkers een belangrijke rol hebben gespeeld. Deze classificatie gaat uit van de klinische verschijnselen welke naar voren komen op grond van het neurologisch onderzoek, uitkomsten van neurovegetatieve reactieproeven, zoals b.v. de shellongtest, röntgen- en encephalographische en laboratorium onderzoeken. Op deze manier komt men tot de volgende grove indeling:

- a) De groep patienten met resttoestanden na z.g. zware schedeltraumata, waarbij naast de neurovegetatieve en psychopathologische stoornissen ook in veel gevallen centrale motorische afwijkingen te constateren zijn.
- b) De groep patienten met z.g. middelzware schedelletsels, waarbij vooral de neurovegetatieve en psychopathologische afwijkingen zodanig zijn dat ook na het primair klinisch stadium een verdere nabehandeling en begeleiding noodzakelijk is, maar waarbij in tegenstelling tot groep a toch van een zekere reversibiliteit van het verschijnsel sprake is. De verschijnselen die men hierbij ziet vat men in Duitsland samen onder het begrip "Durchgangssyndroom".
- c) De groep patienten met lichte reversibele symptomen op grond van een schedeltrauma, welke symptomen meestal in de loop van enige weken weer verdwijnen.

Voor de revalidatie zijn vooral groep a. en b. van belang, met dien verstande dat bij groep a. op grond van de ernst van de verschijnselen de vraag of revalidatie al dan niet noodzakelijk is meestal geen problemen geeft, en zonder meer in positieve zin beantwoord moet worden.

Het probleem komt vooral naar voren bij groep b., daar men zich in de kliniek dikwijls nog te weinig realiseert dat na het teruglopen van het acute beeld de neurovegetatieve en psychopathologische verschijnselen, vooral de laatste, nog bijzonder lang kunnen blijven persisteren en variërend van enige maanden tot soms 3 á 4 jaar nodig hebben om tot de norm terug te keren. Dikwijls komt het dan ook nog voor dat deze patienten na enige tijd uit de kliniek ontslagen zullen worden en naar huis gaan, waar of soms al direct bij de opname in het eigen gezin en in andere gevallen wat later, wanneer de belasting wat groter wordt indien een poging wordt ondernomen de vroegere werkzaamheden te hervatten, ernstige problemen kunnen gaan optreden. Deze kunnen uiteraard van zeer verschillende aard zijn, waar juist de huisarts er mee geconfronteerd zal worden en waarvoor de kennis van dit syndroom van zeer groot belang is om één en ander zo goed mogelijk te begeleiden. Als belangrijk hulpmiddel bij de beslissing of de patient tot groep b. of c. gerekend moet worden, wordt door ons in de situatie in Enschede, de shellongtest gehanteerd waarbij als vuistregel geldt dat al die patienten die na 3 weken nog een duidelijke positieve shellongtest vertonen behandeld dienen te worden als behorende tot groep b.

De shellongtest is in wezen een orthostatistische belastings proef, waarbij bloeddruk en pols resp. in liggende, zittende en staande houding gemeten worden. In het geval van vasolabiliteit zal de test positief uitvallen, hetgeen tevens een aanwijzing is dat de patient nog niet gemobiliseerd mag worden. Wij houden hier als regel aan dat ook in de lichte gevallen, behorend tot groep c. een week minimaal bedrust noodzakelijk is, maar dat daarna, afhankelijk van de uitslag van de shellongtest, geleidelijk aan tot mobilisatie moet worden overgegaan, waarna de patient na volledige mobilisatie meestal zonder problemen naar huis kan gaan en na korte tijd ook zijn normale werkzaamheden zal kunnen hervatten.

Bij de gevallen behorend tot de middengroep b. zal de patient na een bedrust van minstens 3 weken en langer, in ieder geval niet voordat de shellongtest negatief is geworden, overgeplaatst worden naar het revalidatiecentrum voor met zorg gedoseerde opvoering van de belastbaarheid. De hiervoor toegepaste therapievormen zullen in het algemeen meer een algemeen karakter dragen, waarbij vooral sport en spel een belangrijke rol spelen. Verder wordt in de afdeling arbeidstherapie geëvalueerd en ook geleidelijk aan opgevoerd tot een zeker optimum bereikt is. In deze gevallen wordt de patient ook steeds psychologisch getest, vooral ook met het oog op een evaluatie van de psychopathologische verschijnselen, welke bepalend kunnen zijn voor de beslissing of en wanneer patient weer naar zijn milieu terug kan keren en in hoeverre hij daar belast kan worden, vooral ook wat zijn werkzaamheden betreft.

De verschijnselen die hierbij voornamelijk naar voren treden zijn: waarnemingsstoornissen, stoornissen in het voorstellingsvermogen, de herinnering en de fantasie, stoornissen in de concentratie, abstraherend vermogen, denksnelheid en initiatief verlies.

Belangrijk voor een juiste evaluatie van het hele syndroom is ook de kennis van de praemorbide persoonlijkheid, waarvoor het maatschappelijk werk een belangrijke bijdrage kan leveren d.m.v. het contact met de omgeving van de patient. Meestal zal blijken dat gedurende het verloop van de z.g. "Durchgangssyndroom" de patient aan zijn mogelijkheden aangepaste werkzaamheden zal moeten verrichten, daar iedere overbelasting vermeden moet worden. Dit zal in vele gevallen dan ook betekenen dat voor een bepaalde periode ook andere werkzaamheden hetzij bij de werkgever, hetzij in een nieuwe situatie zoals b.v. een beschuttende werkplaats zal gevonden moeten worden.

Het maatschappelijk werk heeft behalve de reeds bovengenoemde taak van het verstrekken van gegevens omtrent de praemorbide persoonlijkheid, ook nog een zeer belangrijke taak om de omgeving van patient, het gezin, de werkgever etc. voor te bereiden op zijn terugkeer, waarbij vooral ook een inzicht in de beperkte mogelijkheden en de aard van het verloop van dit syndroom van een bijzonder groot belang is daar anders in vele gevallen spanningen zullen optreden die juist vermeden moeten worden.

Voor al het laatste is vaak zeer moeilijk, daar vele van deze patienten zelf geen ziekte-inzicht hebben en daardoor hun omgeving, vooral bij een oppervlakkige beschouwing op een dwaalspoor brengen inzake hun situatie. Het is eigenlijk wel vanzelfsprekend dat de duur van het verblijf in het revalidatiecentrum niet gelijk is aan de duur van het eigenlijke "Durchgangssyndroom". Gestreefd wordt de patienten zo gauw mogelijk weer in hun omgeving te integreren, zij het dan ook met een wat ander, minder belastend patroon dan vóór het ongeval.

Een geregelde nacontrole is, zoals ook wel begrijpelijk is, uiterst belangrijk, daar van tijd tot tijd de belasting opgevoerd zal dienen te worden, aangepast aan de mogelijkheden van de patient, hetgeen soms tot een ingrijpen in het arbeidspatroon zal leiden. Een nauw contact tussen revalidatie-arts, huisarts, bedrijf of beschuttende werkplaats is hier een eerste voorwaarde voor het welslagen van deze procedure.

OVER DE REVALIDATIE VAN DE JONGERE HEMIPLEGIE-PATIENT.

P.D. Bakker

Op de vraag of ik een verhaal wilde vertellen over de revalidatie van de jongere hemi's, heb ik spontaan ja gezegd. Ik heb daar wel enige ervaring bij opgedaan en wat lijkt makkelijker dan uit ervaring te vertellen. Maar al voorbereidend werd het me steeds duidelijker dat een goed verhaal, vertellen over het onderwerp hemi-syndroom voor Uw gehoor, om verschillende redenen helemaal niet zo eenvoudig was. En wel

1e omdat collega Michels in april '59 al een duidelijk artikel schreef in Huisarts en Wetenschap over de revalidatie van de hemiplegie-patient.

2e omdat collega Schreuder U vorig jaar reeds vertelde over de reactivering van bejaarde hemiplegie-patienten, terwijl collega Schreuder zegt dat reactivering gelijk is aan revalidatie min factor arbeid.

3e omdat collega Verkuyt U al vertelde over revalidatie in het algemeen.

Drie redenen dus om grote kans te lopen voor U in herhaling te vervallen.

Tenslotte is er zo verschrikkelijk veel te vertellen over dit onderwerp dat U of teveel of te geconsentreerd voedsel opgedist zou krijgen, wat geen van beide de vertering ten goede komt.

Ik zal trachten tussen al deze klippen door te zeilen en ik hoop dat U mij daarbij behouden vaart wilt toewensen.

Onder jongeren in het bovengenoemde verband zou ik vandaag willen verstaan de groep van 0 tot 55 jaar. Die bovengrens is in zekere zin willekeurig, maar het is de leeftijd waarop in de praktijk de factor werk z'n grootste gewicht gaat verliezen.

Het eerste wat ik wilde laten zien is een eenvoudig schematje, waarin U ziet wat zo'n hemi-syndroom inhoudt en, allemaal globaal, hoe de patient in de verschillende leeftijdsgroepen daarop reageert.

Mag ik nog even iets herhalen wat U allemaal al weet: n.l. revalidatie lukt alleen maar als U de patient meekrijgt!?

Boven de 65 (hoogleraren 70) heeft een mens z'n arbeidstaak en z'n opvoedings-taak meestal volbracht. De buitenwereld verwacht niet veel meer van hem en het is daarom het primaire doel van de revalidatie-behandeling de passiviteit te bestrijden. We moeten zoeken naar een motivatie om het leven nog te willen leven, het nog nuttig en belangrijk te vinden (berustingsfase).

Tussen de 40 en 65 heb je te maken met de man die z'n vaste plaats gevonden heeft en die, hoe dichterbij de 65 komt, destemeeer moeite heeft en zich getroost om voor 100% mee te blijven doen (consolidatiefase). Wanneer zo iemand een hemi-syndroom krijgt, dan zal z'n angst en z'n onzekerheid onze eerste aandacht verdienen. We zullen het vertrouwen in z'n overgebleven waarden moeten herstellen om hem positief op verdere behandeling te richten.

De jongeren, zo tussen de 16-18 en 40 jaar, zijn aan hun ontplooiingsfase toe en hun natuurlijke veerkracht maakt dat we hun gedachten moeten leiden naar voor hen reële mogelijkheden.

Tenslotte de groep van 0 tot 16 jaar, kinderen in de ontwikkelingsfase.

Veelal nog te jong voor angst en onzekerheid. Ze overzien helemaal niet wat er met hen gebeurde en wat daarvan de consequenties zijn. Zij vertrouwen op de volwassenen in het algemeen en vooral op hun ouders. Het zijn dan ook hier veeleer de ouders die onze eerste aandacht nodig hebben.

Kort samengevat dus: van 0 tot 16 ontwikkelingsfase
van 16 tot 40 ontplooiingsfase
van 40 tot 65 consolidatiefase
en 65 en ouder berustingsfase.

In ons patiënten-aantal van de laatste 5 jaar, waarbij dus de consolidatiefase gedecapiteerd is en de berustingsfase buiten beschouwing blijft, vonden we de volgende aantallen en diagnoses:

a. 0 - 16 totaal 30 patiënten

- 15 geboortetrauma
- 4 trauma capitis
- 3 embolia cerebri bij hart- of vaatafwijking
- 4 meningo (encephalitis)
- 4 encephalopathie e.c.i.

b. 16 - 40 totaal 14 patiënten

- 5 trauma capitis
- 2 subarachnoïdale bloeding
- 4 bloed bij vaat anomalie
- 1 embolie
- 1 encephalitis
- 1 e.c.i.

c. 40 - 55 totaal 32 patiënten

- 13 thrombosis cerebri
- 10 embolia cerebri
- 2 bloeding
- 1 abces
- 2 neoplasma operaties
- 4 e.c.i.

Om de zaak overzichtelijk te houden wil ik U de mijns inziens meest essentiële punten uit elke groep kort uiteenzetten.

Groep a. 0 - 16 jaar

Zoals U al zag in het schema ontstaan 50% van deze hemi's door een geboortetrauma, maar ook de andere oorzaken traden meestal voor het zesde jaar op. Daarom zijn de twee meest in het oog lopende, misschien wel de meest essentiële punten voor deze groep.

1e De hersenbeschadiging in de ontwikkelingsfase,

2e De totale afhankelijkheid van de omgeving.

Over die hersenbeschadiging is al veel geschreven (Eric) Denhoff en (Isabella) Robinault stellen in hun boek C.P. and related disorders (1960) terecht dat we liever moeten spreken over cerebral dysfunction in plaats van over C.P., infantiele encephalopathie of iets dergelijks. Omdat juist bij deze kinderen een centrale zenuwstelsel beschadiging veel méér dan alleen maar motorische stoornissen geeft.

Ze onderscheiden:

1. neuromotor dysfunction - cerebral palsy
2. intellectual dysfunction- vertraagde geestelijke ontwikkeling
3. consciousness - verschillende vormen van epilepsie
4. neurosensory - centrale gehoor en visus stoornissen
5. behavioural - korte spanningsboog, verhoogde afleidbaarheid, hyperkynaesie
6. perceptual - stoornis in de prikkelverwerking.

Dit zijn dus al zes factoren. Om het nog moeilijker te maken is het ook juist wat Gesell en Amatrula in 1941 al schreven, n.l. dat er geen relatie hoeft te bestaan tussen de ernst van de beschadiging en het gedrag van het kind; dat er grote variatie per individu is. Er zijn kinderen met minimale motorische stoornissen en ernstige gedrags en perceptiestoornissen en omgekeerd. Er is maar één ding makkelijk in dit alles en dat is de conclusie dat elke generalisatie onmogelijk en onjuist is; dat elk onderdeel van de behandeling een individuele beoordeling vraagt.

Het tweede punt was hun afhankelijkheid van de omgeving. Dit betekent dat we het kind niet kunnen behandelen zonder z'n verzorgers daarin te betrekken.

Wanneer we nu een accolade zetten achter deze punten, dan hoort daar achter het woord teambenadering. Daarvoor hebben we in Leiden een zogenaamde "spastische" werkgroep, waarin de neuroloog, de orthopaed, de kinderarts, de psycholoog en de revalidatie arts zitten. Elke maand bespreken we dan 2 kinderen die bij één van de leden nieuw zijn aangemeld of die aan een herbespreking toe zijn. De behandelende paramedici en de huisarts worden mede uitgenodigd. De revalidatie arts fungeert als secretaris, terwijl per kind wordt uitgemaakt wie voor de ouders als spreekbuis van het team fungeert. We trachten vast te stellen met welke arts de ouders en/of het kind het beste contact hebben.

Liever dan hier verder op in te gaan, wil ik nu één van de zes genoemde dysfuncties nog wat nader bespreken, omdat het te weinig wordt gewaardeerd en toch zo'n grote invloed kan hebben op de gehele ontwikkeling van het kind, zowel motorisch als geestelijk, n.l. de perceptie-stoornis.

Perceptie kun je definiëren als het proces van selectie, organisatie, interpretatie en integratie van zintuigprikkel die een mens vanuit het eigen lichaam en vanuit de buitenwereld krijgt.

Wil dit tot stand komen, dan veronderstelt dat

1e het krijgen van prikkels,

2e het intact zijn van de zintuigen

3e het intact zijn van dat hersengedeelte waar de prikkelverwerking integratie plaats heeft.

Wat betreft dat eerste punt, het krijgen van prikkels, hoef ik U alleen maar in herinnering te roepen zo'n afunctionele of alleen maar onhandige hand, die het kind niet of nauwelijks inschakelt. Biemond vermeldt als bijzonder kenmerk van de infantiele hemiplegie een a-stereognosie van de gestoorde hand. Hij noemt het aannemelijk dat de stereognostische functie die normaal door voortdurende oefening van de vingermotoriek op geleide van verschillende prikkels moet worden aangeleerd, door de parese niet tot ontwikkeling kwam. Onvoldoende proprioceptieve en tactiele prikkels leiden tot perceptiestoornis.

Het tweede punt was het intact zijn van de zintuigen. Dit is op zichzelf duidelijk genoeg. Zodra er sprake is van een hemi-anaesthesie of een hemianopsie (Grace Woods geeft op 8%) zal dit de perceptie via dit betreffende kanaal onmogelijk maken.

Als derde punt het intact zijn van dat hersengedeelte waar de verwerking plaats vindt. Eerste vraag, waar is dat dan? Grace Woods alweer (Bristol) zegt hierover het volgende:

Veel onderzoekers vonden dat het gemiddelde I.Q. bij rechtszijdige hemiplegieën hoger was dan bij linkszijdige. Dat betekent dat het I.Q. het sterkst gestoord is bij beschadiging van de niet dominante hemisfeer. De testmethoden doen echter een sterk beroep op de perceptie en dus zou perceptie thuis horen in de niet dominante hemisfeer. Critchley (1953) ging verder en concludeerde uit zijn studie over de parietale kwabben: The patient with damage to the dominant half of the brain forgets what to do, while the patient with a lesion to the non-dominant hemisphere forgets how to do it. Hij onderscheidt dus de perceptie van het eigen lichaam en de perceptie van de buitenwereld, waarbij de eerste in de niet-dominante, de laatste in de dominante hemisfeer zetelt.

Samenvattend: eigen lichaam niet dominant, buitenwereld wel dominant.

Ik dacht: allemaal bijzonder boeiend maar de vraag is dan toch direkt "is er wat mee te doen en is er wat aan te doen".

Wanneer een kind geoefend moet worden en het heeft een gestoorde beleving van het eigen lichaam, dan is het van grote betekenis dat de fysiotherapeute dat weet: een kind dat bij het klimmen op een stoel z'n ene been achter het andere haakt en steeds weer "vergeet" dat het eerst b.v. zijn linker knie moet buigen, is niet "stom", maar zou wel eens een perceptie-stoornis kunnen hebben en daarom die knie niet buigen. De heilgymnaste zal als ze dit weet op een andere manier haar doel moeten trachten te bereiken. Dit is wat we er mee kunnen doen. We kunnen er ook wat aan doen. Niet de uitgevallen zintuigen herstellen, maar wel het gebrek aan prikkels, het gebrek aan ervaring en training aanvullen. Volgens een bepaald systeem bieden we prikkels aan op het - eerst bepaalde - niveau van de perceptie. Je moet geen stadium overslaan omdat je beter over een primitieve dan over een lacunaire perceptie kunt beschikken. In Leiden en Katwijk gebruiken we daarvoor de methode van Madame Albitreccia die daarvoor een bepaald onderzoek en behandelmateriaal samenstelde.

Ik hoop U hiermee iets duidelijk te hebben gemaakt van de kansen die een jonge hemiplegie moet hebben, willen we als medici verantwoord zijn met onze behandeling.

Groep b. 16 - 40 jaar

Van de groep in hun ontplooiingsfase heb ik gezegd dat het belangrijk was hen te leiden naar haalbare mogelijkheden. 't Meest essentiële voor deze groep mensen is dat ze aan de opbouw van hun bestaan, van 't bestaan van hun gezin bezig zijn. Hier spelen dus de factoren van de verwachting van de patient ten aanzien van de gezinsvorming en de arbeidspositie een grote rol.

Voordat je aan een behandeling - en 't zojuist genoemde is een stuk behandeling - kunt beginnen zul je je diagnose gesteld moeten hebben en goede diagnostiek vraagt een goede anamnese. De anamnese die aan een revalidatie-behandeling vooraf dient te gaan omvat daarom 5 onderdelen.

1. medische
2. huis ^{woning} gezin
3. scholing / werk
4. vervoer
5. recreatie - hobbies.

U vindt het misschien wat ver gaan, maar ik dacht dat, wanneer we niet alleen belijden maar ook beleven dat de patient een entiteit is, een psycho-somato-sociale eenheid, we er niet aan ontkomen als behandelend medicus de uiteindelijke verantwoordelijkheid over al deze aspecten te dragen, ook al moeten we daarvoor te rade gaan bij b.v. onderwijs, beroeps- en arbeids deskundigen, maatschappelijk werkers etc.

De laatste groep was die tussen de 40 en 55 jaar, de consolidanten: mensen die meestentijds hun definitieve job wel hebben aanvaard, moeders die hun kinderen door de meest afhankelijke fase van hun leven hebben geloodst.

Het meest essentiële voor deze groep is dat ze enerzijds zo ver in het leven gevorderd zijn, dat ze niet meer opnieuw kunnen ginnen, anderzijds nog een stuk arbeidsleven voor zich hebben dat én voor henzelf én voor hun gezin én voor de maatschappij van belang is.

Wat deze mensen qua revalidatiebehandeling nodig hebben, is onze maximale inspanning om hen weer op hun oorspronkelijke pad terug te brengen met wat voor aanpassing aan werk, huis of vervoer dan ook.

Aanpassingsproblemen bij hartinfarctpatienten.

J.Josten.

Een fysiek functie tekort geeft zowel aanleiding tot problemen voor de patient als individu, als in de sfeer van de relaties die de patient met zijn omgeving onderhoudt.

Deze beide probleem-sectoren zijn duidelijk van elkaar afhankelijk: de wijze waarop de patient de handicap verwerkt wordt beïnvloed door de wijze waarop de omgeving hem benadert en vice versa.

Voordat er van een aandoening sprake is, bestaat er een zekere stabiliteit in de relaties tussen individu en omgeving. De situatie behoeft niet noodzakelijk gunstig te zijn, maar enige stabiliteit is er vrijwel altijd.

Het hartinfarct betekent een verbreken van de bestaande balans. De patient weet niet hoe te handelen in de nieuwe situatie. De gedragswijzen waarop hij tevoren met zijn omgeving in relatie trad (zijn "coping methods") voldoen niet meer. Zijn toekomst is onduidelijk. Al deze factoren tezamen maken de patient onzeker en onzekerheid betekent onherroepelijk: angst.

Hoewel in alle crisissituaties, waarbij zekerheden ondergraven worden, angst aanwezig is, staat deze bij de hartpatient meer dan ooit op de voorgrond. De aandoening wordt door de patient als zo direct levensbedreigend ervaren, dat zelfs de meest primaire zekerheid hem is ontnomen.

Op de nieuwe en onbekende situatie kan de patient op verschillende manieren reageren:

- met een positieve aanpassing: d.w.z. met een beeld van zichzelf en met een wijze van omgaan met de omgeving waarin zijn functiebeperking reëel is verdisconteerd.
- met een voortduren van de instabiele toestand waarbij de patient
 - óf overgevoelig is voor reacties uit de omgeving en daarom sterk wisselend in gedrag dat met de handicap verband houdt;
 - óf, in een minderheid van de gevallen, zich isoleert.
- met een negatieve aanpassing: de patient generaliseert de problemen van zijn aandoening naar levensgebieden waar deze niet direkt van invloed zijn. De patient neemt de gehandicaptenrol op zich. Dit laatste is alleen mogelijk indien de omgeving het complement van deze rol, n.l. de verzorgende rol, op zich neemt.

De generalisatie wordt bevorderd door het feit dat de handicap niet waarneembaar is. Om de handicap voor de omgeving waar te maken, gaat de patient zich gehandicapt gedragen.

Een positieve aanpassing wordt gestimuleerd, wanneer de omgeving de patient uitdaagt om actief te worden, om op deze wijze te ontdekken welke gedragswijzen ("coping methods") adequaat zijn in de nieuwe situatie: Revalidatie betekent: eisen stellen aan de patient! Systematisch eisen dat de patient datgene waartoe hij in staat is, inderdaad ook zelf verricht.

Daarom is het ook belangrijk dat de patient blijft georiënteerd op werkhervatting. Werken betekent voldoen aan gestelde eisen en tevens herstel van normale betrekkingen met de omgeving.

Bij een advies t.a.v. werkhervatting zou het van belang zijn, indien er ook iets bekend was over het emotioneel incasseringsvermogen van de patient. Alhoewel die invloed van emotionerende gebeurtenissen op de toestand van de infarct-patient duidelijk is, levert het vaststellen van het emotioneel incasseringsvermogen veel moeilijkheden op. Onderzoek in die richting, in de vorm van het invoeren van emotionerende taken onder E.C.G.controle, verkeert nog in een vroeg stadium.

-.-.-.-.-.-.-.-

Revalidatie van patienten met ischemische hartziekten.

J.Pool.

Uitgangspunt.

Ieder mens heeft recht op passende arbeid. Dit geldt ook voor iemand die een hartinfarct heeft doorgemaakt.

Toename van het aantal hartpatienten.

Het aantal manlijke patienten met een ischemische hartziekte neemt snel toe. In 1952 stierven circa 1000 mannen tussen 30 en 60 jaar aan deze afwijking, in 1965 circa 2700. Ook het aantal patienten dat een hartaanval overleeft zal dus sterk toenemen. Daarbij komt nog dat het hartinfarct in de jongere leeftijdsgroepen relatief het meest toeneemt.

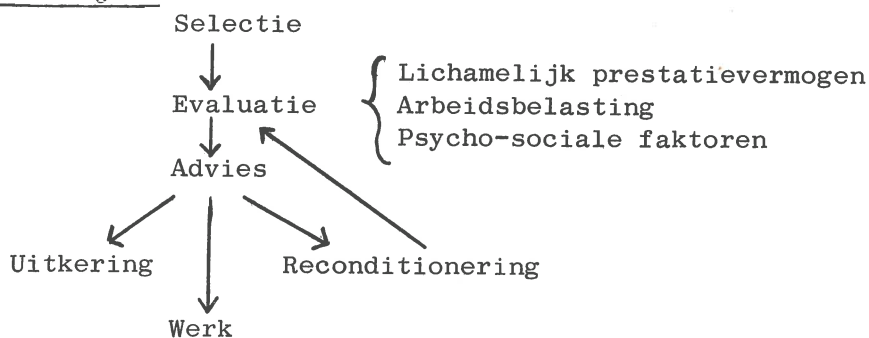
Bij steeds meer en steeds jongere manlijke hartpatienten zal dus de arts voor het probleem van de revalidatie en werkhervatting gesteld worden. Dat dit de moeite waard is blijkt uit het feit dat van de patienten die de eerste aanval overleden circa 70% ook na 5 jaar nog in leven is.

Werkgroep Leiden.

Circa 1½ jaar is in Leiden een werkgroep tot stand gekomen om de problemen, samenhangend met de werkhervatting van deze patienten te bestuderen. Daarin werken samen:

1. een cardioloog
2. een klinisch fysioloog
3. een ergonoom
4. een psycholoog
5. een psychiater
6. een maatschappelijk werkster.

Werkwijze.



Onderzoek.

Na een selectie, gedeeltelijk door de verwijzende specialist, gedeeltelijk door de cardioloog van het bureau, wordt de patient, na een klinisch onderzoek onderworpen aan een maximale inspanningsproef.

Hierbij wordt de maximale zuurstofopname per minuut als maat voor het lichamelijk prestatievermogen bepaald.

Deze maximale zuurstofopname geeft de bovengrens aan van de piekbelastingen waaraan de patient gedurende enkele minuten kan worden blootgesteld, terwijl de gemiddelde belasting gedurende een werkdag van 9 uur niet hoger mag zijn dan 1/3 van de gemeten maximale waarde.

De ergonoom schat, met behulp van een enquête methode, de gemiddelde duurbelasting en de piekbelastingen gedurende de gehele dag, zowel tijdens het werk als in de vrije tijd. Bekend is thans wat patient kan doen en wat in zijn werk van hem wordt geëist.

In de groepsbespreking, waarvoor behalve de leden van de werkgroep ook de huisarts en de behandelend specialist worden uitgenodigd, wordt getracht tot een conclusie te komen over de arbeids-geschiktheid van de patient én de gedragslijn voor de toekomst.

Resultaten.

De in de afgelopen 1½ jaar verkregen resultaten zijn slechts voorlopig, omdat nog geen follow up onderzoek heeft plaatsgevonden.

Het is gebleken dat het prestatievermogen van de coronair patienten circa 80% van de standaardwaarde voor leeftijd en lichaamsbouw is. Hoewel de patienten met een zwaar beroep een wat hoger prestatievermogen hadden, was het voor de meesten niet mogelijk in hun oude beroep terug te keren.

Het verlaagde prestatievermogen is gedeeltelijk een gevolg van de beschadiging van de hartspier maar zeker ook van de bedrust behandeling. Het prestatievermogen van gezonde jonge mannen daalt met 10 tot 30% na een bedrustperiode van circa 6 weken.

Physieke reconditionering.

Zowel uit medisch oogpunt, het brengen in een optimale toestand van de patient, als uit maatschappelijke overwegingen, het zo spoedig mogelijk opnemen van de patient in het arbeidsproces, hebben wij een aantal patienten systematisch geoefend.

De patienten kwamen daartoe dagelijks gedurende 2 maanden naar de polikliniek en werden geoefend op een speciaal voor dit doel ontworpen fietsergometer, onder controle van het E.C.G.

Bij 11 patienten bereikten wij een gemiddelde verbetering van 25% van de uitgangswaarde.

Revalidatiecentra voor hartpatienten.

Het ligt in de bedoeling (Rapport Revalidatiecommissie Nederlandse Hartstichting) om in de toekomst tot regionale revalidatiecentra voor hartpatienten te komen, waar zowel de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling als de fysieke reconditionering mogelijk zijn. De patienten zouden daar 2-3 maanden na hun acute infarct behandeld kunnen worden en dan 4-5 maanden na het infarct weer in staat zijn tot hun oude of andere werkzaamheden. Dit betekent een belangrijke vooruitgang ten opzichte van de huidige situatie (zie ook Boutkan).

Conclusies:

1. Voor steeds meer hartpatienten is revalidatie nodig.
2. Het prestatievermogen van infarctpatienten is verminderd waardoor de herplaatsing bemoeilijkt wordt.
3. Het verminderde prestatievermogen kan voor een deel verklaard worden door de bedrust behandeling. Activering tijdens de bedrustperiode en vroege mobilisatie, voor zover de klinische toestand dat toelaat, is dan ook gewenst.
4. Door systematische oefening kan het prestatievermogen in belangrijke mate worden verbeterd.

-.-.-.-.-

Taak van de maatschappelijk werkster bij het bureau
voor arbeidsgeschiktheid.

Mej.B.van Wijngaarden.

Uitgangspunt:

Er is sprake van een somatopsychische- en een somatosociale relatie. Met andere woorden: iedere lichamelijke ziekte leidt tot veranderingen in de psychische toestand en tot verstoring van de sociale betrekkingen.

Hoe diepgaand deze veranderingen zijn, hangt voor een belangrijk deel af van de zieke; deze kleurt zijn aandoening al naar gelang zijn persoonlijkheid en zijn gezins- en maatschappelijk milieu.

Ziekte verstoort dus niet alleen het evenwicht in het somatische- doch ook in het psychische en sociale vlak, daar deze onderling afhankelijk zijn. Voor een harmonisch leven is herstel van het evenwicht noodzakelijk. Hiertoe is naast een medische behandeling een sociaal-psychologische begeleiding gewenst. Deze dient erop gericht te zijn de patient te helpen zich aan de nieuwe situatie aan te passen. Daar hierbij de hulp van de omgeving onontbeerlijk is, is het van belang de revalidatie plaats te doen vinden in het leef- en werkmilieu van de patient; dus poliklinisch en niet klinisch. Vanzelfsprekend dient men ervoor te waken teveel een beroep op de omgeving te doen; niet alleen zal deze dan aan de gestelde eisen niet kunnen voldoen - men heeft tenslotte ook eigen behoeften en wensen - doch tevens zal de patient hierdoor te afhankelijk worden, hetgeen zijn revalidatie tegengaat.

Werkwijze:

Het is van groot belang dat de patient reeds in een zeer vroeg stadium - zodra de levenbedreigende toestand is geweken - gestimuleerd wordt zich te richten op de mogelijkheden, die er nog voor hem zijn. Mede hierdoor is een snelle verwijzing naar allen die hem hierbij behulpzaam kunnen zijn, wenselijk.

Het eerste contact vindt gedurende een huisbezoek plaats, hetgeen de gelegenheid biedt een globale indruk van het milieu te krijgen en de patient en zijn echtgenote te informeren over de gang van zaken bij het onderzoek.

Tijdens de drie-daagse opname wordt met de patient en met zijn vrouw afzonderlijk gesproken. Hierbij wordt aandacht besteed aan het beeld dat de patient, echtgenote en omgeving van de ziekte hebben, hun visie op de oorzaak, de mogelijkheid van een herhaling, de werkgeschiedenis, werkhervatting, de gezinssituatie, hobbies en sociale kontakten.

Nadat de uitslag van het onderzoek met de patient is doorgenomen, wordt hij zonodig en desgewenst met de realisering van het advies geholpen; gezien het sociale oerwoud in de meeste gevallen geen overbodig luxe en een tijdrovende zaak.

De werkwijze wordt door het navolgende mede bepaald:

Een subjectief gevoel van volwaardigheid is voor een geslaagde revalidatie noodzakelijk. Men dient er voor te waken dat de invaliditeit niet doorwerkt, daar waar ze geen gevolgen behoeft te hebben; een mens is nooit geheel invalide.

Daar de patient de revalidatie zal moeten realiseren en hij recht van zelf beschikking heeft, dient hij medezeggenschap te hebben, hetgeen bovendien zijn zelfrespect ten goede komt.

Bij de begeleiding moet "het helpen zichzelf te helpen" centraal staan. Teveel "bevoogden" maakt de patient afhankelijk. Een klein stootje in de goede richting is veelal voldoende. "Revalideren is het systematisch onttrekken van hulp".

Zijn er problemen die niet uit de ziekte voortvloeien - een parallel problematiek dus - dan is het niet de taak van het ziekenhuis zich hiermee bezig te houden, desgewenst kan de patient in zo'n geval verwezen worden naar de desbetreffende instantie, bijv. een bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

De patient heeft behoefte aan een duidelijk beeld van zijn ziekte, alsmede aan leefregels. Het is de taak van de arts hem deze, aangepast aan zijn begrips- en incasseringsvermogen, te geven.

Niet alleen de patient, ook het gezin en het bedrijf, kortom iedereen behoeft voorlichting, daar allen weleens met een infarctpatient te maken krijgen. Iets wat onbekend is is moeilijk in de gedachten en het handelen te plaatsen, waardoor het gevaar bestaat dat men of te veel of te weinig van de patient eist. Een gevaar dat versterkt wordt door het feit dat deze groep van patienten kampt met de moeilijkheid dat hun handicap voor de buitenwereld niet zichtbaar is.

Velen - instanties en personen - houden zich met de revalidatie van één patient bezig. Hierdoor bestaat de kans dat de werkzaamheden elkaar overlappen of, hetgeen erger is, er tegenstrijdige adviezen worden gegeven, zodat de patient niet meer weet waar hij aan toe is. Zowel de patient als allen, die met hem bemoeienis hebben, moeten voor overleg en informatie kunnen terugvallen op een centrale figuur, die als het ware de touwtjes in handen heeft. Degeen die deze taak het beste kan vervullen is ongetwijfeld de huisarts. Het verzwaart zijn taak, doch het zal, denkend aan de definitie "revalideren is coördineren met de patient in het middelpunt", de revalidatie ten goede komen.

-.-.-.-.-

Gaarne wil ik u een en ander vertellen over de wijze, waarop bij Philips de patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt door de Medische Dienst worden opgevangen en zo mogelijk weer in het arbeidsproces worden teruggebracht. Als men binnen een Bedrijfsgeneeskundige Dienst bijtijds de nodige maatregelen wil nemen, dan is in de eerste plaats een registratie van deze patiënten nodig, zij moeten bijtijds centraal worden gemeld.

Hiertoe moeten wij zelf er achterheen zitten om de patiënten op te sporen. Zelf ben ik gewend om wekelijks de huisartsen van onze Dienst te bezoeken of op te bellen om alle infarctgevallen te verzamelen die zich in de afgelopen week hebben voorgedaan. Op deze wijze zijn de gegevens verzameld in de groep mannelijke werknemers van 35 tot 65 jaar, wonend en werkend in Eindhoven en aangesloten bij het Philips-Ziekenfonds.

De omvang van deze groep is bekend, nml. $\pm$ 4500. In de afgelopen twee maanden werden 98 hartinfarcten gevonden, d.w.z. vrijwel 1 per week gemiddeld. Het gaat hier dus zowel over patiënten die klinisch worden behandeld als om die gevallen welke zich buiten het ziekenhuis voordeden met of zonder dodelijke afloop. Binnen deze groep is ongeveer 1 op de 3 patiënten gestorven voor dat hij weer aan werkhervatting toe was.

Tijdens de klinische behandeling wordt door een aantal specialisten reeds in de laatste periode van de opname de patiënt min of meer gereactiveerd, zodat hij ongeveer die werkzaamheden kan doen welke ook thuis van hem verlangd worden met aanvankelijk passieve, later ook actieve fysieke therapie. In andere gevallen komt hier nog niet veel van terecht en heeft de patiënt alleen nog maar wat op de gang rondgelopen. Bij ontslag krijgen deze laatste patiënten vaak het voorschrift mee om zich van alle inspanning te onthouden met het verzoek om over zes weken ter controle te komen.

De ervaring heeft geleerd dat juist in deze weken na de ziekenhuisopname de conditie van de patiënt verder achteruitgaat, zodat hij vaak tot minder in staat is wanneer hij ten controle komt dan op het moment van zijn ontslag uit het ziekenhuis. Hiervoor zijn onder meer de volgende oorzaken aan te wijzen. Voor de specialist is het niet goed doenlijk om op langere termijn een voorschrift voor reactivering zonder controle te geven. De patiënt zelf is vaak angstig. Iemand met een gebroken been zal zich in de eerste plaats afvragen wanneer hij weer genezen is en aan de gang kan gaan. Bij een hartinfarct-patiënt ligt dit echter anders, deze leeft, vooral wanneer er niet veel schot inzit, vaak met de vraag wanneer hij zijn volgende infarct zal krijgen of zelfs wanneer hij dood zal gaan. Door deze angst is het vaak moeilijk om hem allengs meer lichamelijke inspanning te laten verrichten dan die welke hij in het ziekenhuis gewend was.

In het winterseizoen komt daar nog bij dat hij binnen een of twee verwarmde kamers moet leven, zodat het er op neerkomt, dat hij wat ligt, zit of rondhangt. De angst en de remming van de activiteit wordt nog verder gevoed door de overbezorgdheid van zijn omgeving.

In deze periode is de taak van de huisarts vaak moeilijk. De patiënt heeft het gevoel dat hij nog steeds onder directe controle van de specialist staat. De huisarts is lang niet altijd bijtijds en voldoende op de hoogte van de conditie van de patiënt. De huisarts staat zodoende in een aantal gevallen min of meer buiten spel en zijn adviezen in de zin van wat meer lichamelijke oefening worden niet of schoorvoetend opgevolgd.

Een belangrijke factor in de onzekerheid van de patiënt is het feit dat zijn contact met zijn werkomgeving verbroken is. Dit baart hem zorgen omtrent zijn latere mogelijkheden tot werkhervatting.

Dit alles heeft tot de conclusie geleid dat juist in deze vroege periode de patiënt meer moet worden begeleid en allengs verder moet worden geactiveerd. Juist dan reeds is ook een contact met de bedrijfsarts van belang, om het verdere beleid uit te stippelen en de patiënt het gevoel te geven dat er voor zijn toekomstige arbeid iets wordt gedaan.

Over het algemeen kan men zeggen dat in de tegenwoordige tijd het achterwege laten van een poging tot revalidatie eigenlijk niet verantwoord is. Door hier niets aan te doen krijgt men een onnodig aantal neurotische cardiale wrakken en de daarmee gepaard gaande onnodige invaliditeit. Anderzijds zijn er geen aanwijzingen dat met een verantwoord revalidatieschema de patiënt wordt geschaad of dat de kans op de volgend infarct wordt verhoogd. De patiënt zal in de eerste plaats moeten herstellen van de nadelige gevolgen van de gedwongen bedrust. Het nog goed functionerende deel van zijn hartspier zal moeten worden getraind. Ook zijn spierstelsel, ventilatie en verschillende functies onder invloed van het vegetatieve zenuwstelsel zullen weer meer efficiënt moeten functioneren om het organisme als geheel in betere conditie te brengen. Naast de revalidatie welke is gericht op het weer gaan hervatten van het werk mag men zeker niet vergeten, dat ook die patiënten welke nooit meer aan het werk zullen gaan gebaat zijn bij een beter lichamelijke toestand waarin zij zich zowel lichamelijk als geestelijk in het leven kunnen handhaven. Bij dit alles is natuurlijk de instelling van de patiënt zelf van primair belang. Wij kennen het voorbeeld van een zeer dynamische directeur welke slechts met moeite een verkorte klinische behandeling kreeg en reeds na enkele weken weer volop aan het werk toog waarbij hij zich door nog geen tien paarden liet tegenhouden. In dergelijke gevallen houdt wel de medicus zijn eigen hart vast, revalidatieproblemen levert dit echter niet op.

Ook in minder uitgesproken gevallen blijven er een aantal patiënten over welke eveneens min of meer geruisloos weer aan het werk gaan.

In onze afdeling is het de gewoonte, reeds in een vroeg stadium de bedrijfsarts op de hoogte te stellen van de eventuele werkhervatting van de patiënt onder vermelding van de verwachten beperkingen en aanpassingen. Bovendien is een plan uitgewerkt om in nauwe samenwerking met een aantal ziekenhuis-specialisten en huisartsen vrijwel in aansluiting aan de klinische behandeling de hartinfarctpatiënten een eenvoudig oefenschema te laten uitvoeren. Dit zal gebeuren in samenwerking met de revalidatiearts van het Eindhovense Revalidatie-Centrum, waarbij de patiënt geoefend zal worden op een tapis roulant onder continue ECG-bewaking, frequente bloeddrukmeting en uiteraard observatie van de patiënt.

Wij hopen op deze manier de patiënten reeds vroeg op te vangen, hun conditie langzamerhand op te voeren en hen vooral ook psychisch de zo gewenste steun te geven zodat het zelfvertrouwen weer terug komt. Hieraan zal eenvoudige fysische therapie verbonden worden, vooral ook gericht op de vaak voorkomende stijve schouder. Het is geen uitzondering dat een patiënt zijn werk niet kan hervatten als gevolg van schouderklachten, hoewel de cardiale toestand werkhervatting zeker weer toelaat.

Bij dit alles is van groot belang dat de patiënt niet het gevoel krijgt van de ene dokter naar de andere gestuurd te worden, maar zich in handen weet van een team. Hiervoor is nauw overleg tussen de betrokken medici noodzakelijk, waarbij ik nog eens wil wijzen op het vroege contact tussen patiënt en bedrijfsarts wat de nodige psychologische voorbereiding op de arbeidsrevalidatie geeft.

Volgens de bovengenoemde richtlijnen hopen wij binnenkort met de eerste patiënten te beginnen, resultaten zijn dus momenteel nog niet te geven. Intussen konden wij wel reeds in een aantal gevallen de belastbaarheid van de patiënt na het doormaken van een hartinfarct op de ergometerfiets bepalen, waarbij de belasting langzamerhand werd opgevoerd.

Wij gaan daarbij niet uit van de maximale zuurstofopname, maar van het tijdens deze arbeid opgenomen ECG, het verloop van de bloeddruk, de polsfrequentie en de klachten van de patiënt.

Zodoende waren wij on staat adviezen te geven betreffende uitbreiding van de dagelijkse activiteit.

Daarnaast hebben wij onderzoeken gedaan met behulp van een draagbaar band-apparaatje waarop het ECG tijdens verschillende activiteiten kon worden opgenomen. Het bandje wordt dan later afgespeeld en het ECG op een oscilloscoop beoordeeld. Het voordeel is dat de man niet aan een bepaalde plaats is gebonden; we hebben patiënten laten fietsen in de buitenlucht, laten traplopen en wandelen. Zo hebben we b.v. kunnen vaststellen dat in een geval het autorijden voor een coronaire patiënt blijkens zijn ECG meer belastend was dan een wandeling in de bossen aansluitend aan zijn autorit.

Met deze apparatuur zullen wij ook de patiënten tijdens hun werk in de fabriek kunnen vervolgen. Het waarnemen van patiënt tijdens zijn werk is van het grootste belang. De belasting door het werk zal men daarbij zo goed mogelijk moeten kennen evenals de geschatte belastbaarheid van de patiënt.

De plaatsing van hartpatiënten heeft in de loop der tijden nogal eens wat moeilijkheden opgeleverd; m.n. kwam het nogal eens voor dat een patiënt arbeids-geschikt verklaard werd en zich daartoe meldde bij de bedrijfsarts welke nog van niets wist. In die gevallen is dan directe plaatsing meestal onmogelijk zodat het verzuim onnodig wordt verlengd daar de bedrijfsarts onvoldoende tijd ter beschikking heeft om de nodige maatregelen te nemen. Vandaar dat de vroege informatie van de bedrijfsarts van essentieel belang is.

Gewoonlijk lukt het bij onze firma wel een geschikte arbeid te vinden. Wij streven er naar de patiënt aan zijn oude werk te laten, zonodig met beperkingen. Voorlopig geen ploegenarbeid, geen piekbelastingen en een continue belasting welke de patiënt goed aankan, hetgeen eveneens geldt voor het arbeidstempo. Lukt het niet hem aan zijn eigen werk te houden, dan wordt gestreefd naar een ander werk in zijn eigen omgeving. Enerzijds is eigen omgeving voor de man zelf veel aangenamer en anderzijds levert het vaak grote moeilijkheden op om dergelijke patiënten in een andere afdeling geplaatst te krijgen.

In de literatuur over de toelaatbare belasting van hartpatiënten mist men helaas gewoonlijk gegevens betreffende de bloeddruk die bij een bepaalde arbeid optreedt. Ik zou er hier nog eens op willen wijzen dat statische arbeid zoals die vooral bij een ongunstige werkhouding voorkomt, voor het hart een extra belasting betekent die men er zo van buiten niet aan afziet. Onderzoekingen in het Coronel-lab. te Amsterdam hebben uitgewezen dat statische arbeid een flinke diastolische bloeddrukverhoging geeft. Hier zal men dus ernstig rekening mee moeten houden.

Wat de belasting van verschillende categoriën arbeid is wordt momenteel door coll. Harten van onze bedrijfsgeneeskundige dienst nagegaan vooral aan de hand van polsfrequentie en arbeidsanalyse. Hiervan zullen wij bij herplaatsing van hartpatiënten dankbaar gebruik maken. Ook is de bedrijfsarts de aangewezen man om de mentale en perceptieve belasting van bepaalde arbeidsvormen zo goed mogelijk te schatten. Er kunnen zich ook moeilijkheden voordoen met het klimaat. Een heftruckrijder die gezien zijn cardiale toestand zijn werk weer zonder moeite zou kunnen hervatten, bleek met zijn wagen regelmatig van binnen naar buiten de fabriek te moeten rijden, zodat op grond daarvan overplaatsing naar een route binnen de muren van de fabriek nodig bleek.

Het werk wordt aanvankelijk met halve dagen hervat. Een groot probleem levert daarbij vaak het vervoer van en naar het werk. Door kleine correcties in de werktijden kan in veel gevallen een betere aanpassing verkregen worden aan de tijden van trein en bus, zodat snel overstappen of lang wachten kan worden vermeden. Voor veel patiënten met angineuze klachten blijkt ook in het koude seizoen het vervoer per brommer goed mogelijk, vooral met het preventief gebruik van nitrobaat. Voorwaarde is dan wel, dat de brommer vlot aanslaat.

Een ander aspect bij de werkhervatting is de medicatie van genoemde patiënten. Zij gebruiken over het algemeen antistollingsmiddelen zodat zij niet aan het werk gesteld kunnen worden waar een extra risico op verwondingen bestaat. Verder worden zij veelal behandeld met coronair verwijdende middelen, welke voor een deel of zelf al een sederend effect hebben zoals b.v. synadrin, of wel voorgeschreven worden in combinatie met luminal, reserpine of andere tranquillizers. Deze laatste combinatie vindt men eveneens terug in een aantal specialité's. Het is duidelijk dat dit tot gevolg heeft dat men van de patiënt die dit gebruikt geen hoog arbeidstempo zal kunnen vergen, stukwerk enz. moet dus worden vermeden.

Figuur 1

98 gevallen van hartinfarct, opgetreden in 22 maanden binnen een groep van ongeveer 4300 mannen in de leeftijd van 35 tot 65 jaar, ingedeeld naar drie leeftijdsgroepen, met nagenoeg dezelfde omvang.

† = overleden

I = invalide

W = werk hervat

Links de absolute aantallen, rechts de procentuele aantallen. P betreft die patiënten, die gepensioneerd zijn voordat zij aan werkhervatting toe waren.

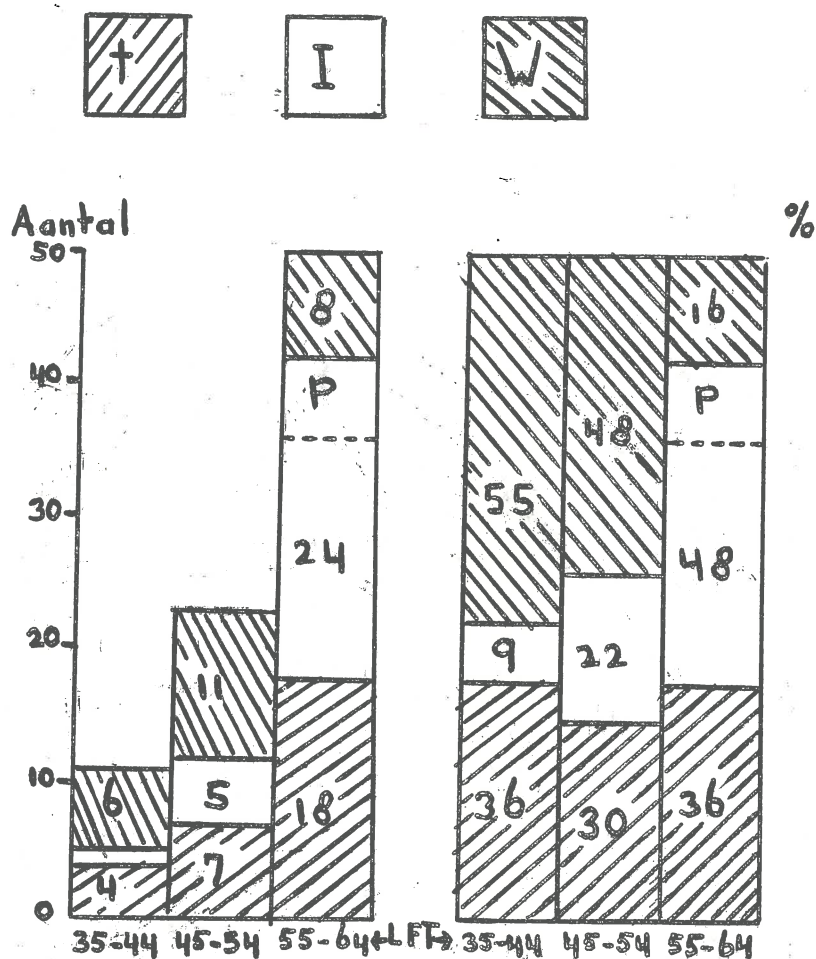


Fig. 1 geeft een overzicht van de lotgevallen van de infarctpatiënten welke optraden in de afgelopen 22 maanden. De aangegeven drie leeftijdsgroepen waren in omvang praktisch even groot. In de linker fig: zijn de absolute aantallen gegeven. Over het algemeen kan men zeggen dat zich het aantal hartinfarcten in de leeftijdsgroep van 35 tot 44 jaar verdubbelt bij de leeftijds-

groep van 45 tot 54 jaar en zich nogmaals verdubbelt bij de daarop volgende leeftijdsgroep.

De gegevens zijn aan de rechterzijde in % uitgedrukt. Men ziet dat de mortaliteit rond de 33% gelegen is bij alle drie de leeftijdsgroepen. De invaliditeit neemt echter met het stijgen der jaren toe. Een deel in de hoogste leeftijdsgroep, aangegeven met P, is met pensioen gegaan voor dat men aan werkhervatting toe was. Ruim de helft van de jongste leeftijdsgroep heeft het werk weer hervat, van de hoogste leeftijdsgroep slechts 16%.

Figuur 2

Patroon van de werkhervatting bij 25 patiënten, ingedeeld naar drie leeftijdsgroepen. De verticale lijnen geven de periode aan waarin voor halve dagen is gewerkt; het onderste uiteinde der lijnen geeft het moment aan, waarop voor halve dagen werd hervat, het bovenste uiteinde het moment waarop voor hele dagen werd hervat. De onderbroken lijnen betreft gevallen, waarin het werk voor halve dagen is hervat, maar het moment van hervatting voor hele dagen nog niet bekend is.

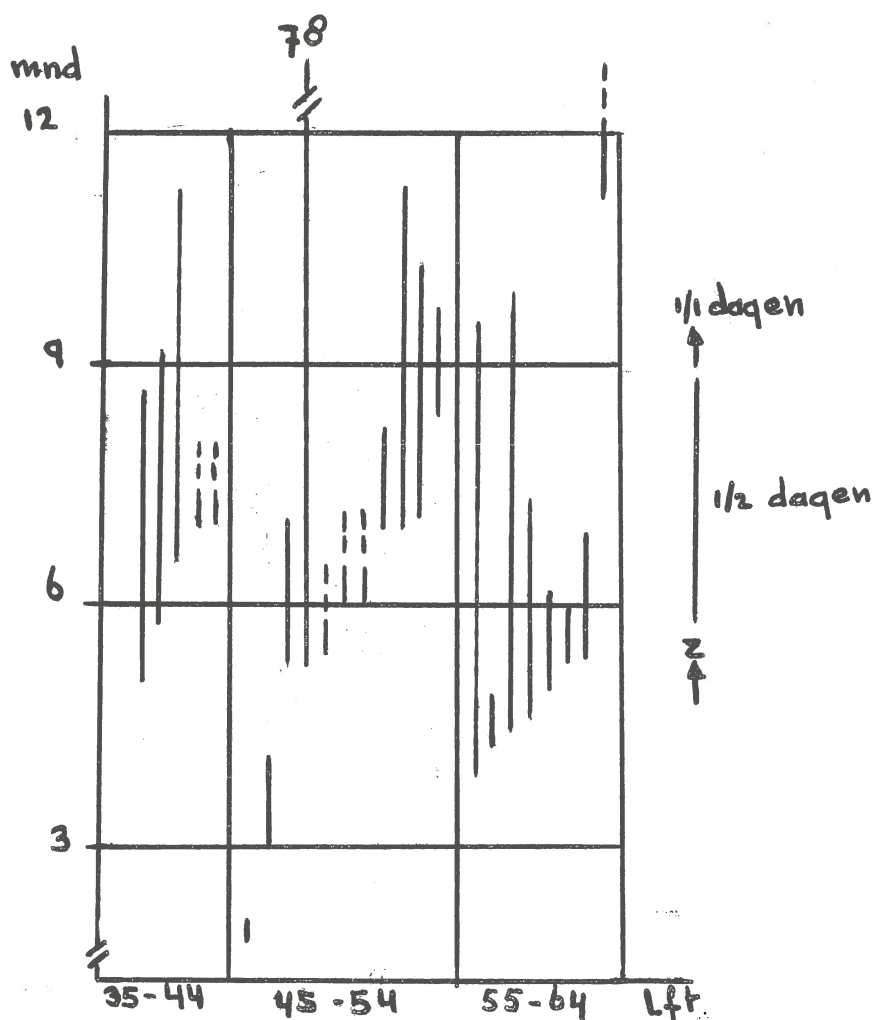


Fig. 2 illustreert hoe de tijdstippen van hervatten voor halve en hele dagen voor de verschillende leeftijdsgroepen zijn gelegen. Uit deze beperkte cijfers kan men drie conclusies trekken:

1. Bij de patiënten van 35 tot 54 jaar vond de werkhervatting voor halve dagen voor het merendeel plaats tussen de 5 en 8 maanden na het doormaken van de infarct.

2. In de hoogste leeftijdsgroep werd het werk met halve dagen het merendeel in een vroeger stadium, voor zes maanden na het infarct, hervat. Dit is waarschijnlijk enerzijds een gevolg van selectie, het gaat slechts om 16% van het totale aantal, anderzijds van het feit dat deze patiënten een reeds aan de leeftijd aangepast lichter werk hadden.
3. Werkhervatting na 9 maanden komt slechts sporadisch voor. Men mag hieruit concluderen dat een ziekte periode van meer dan 9 maanden vrijwel zeker tot invaliditeit leidt.

Zolang nog slechts sporadisch de revalidatie in daarvoor ingerichte centra ter hand wordt genomen, zal in de praktijk de reactivering van hartpatiënten groten-deels op de schouders van de huisarts rusten, zowel op kortere als op langere termijn. Overleg van de huisarts met de behandelend specialist is daarbij nodig. De huisarts zou bijtijds moeten weten hoe de toestand van de patiënt bij zijn ontslag is, hoe het klinische verloop is geweest en hoe men in overleg zich voorstelt de revalidatie te leiden. Men heeft op dat moment voldoende gegevens in handen om een globale verwachting uit te spreken. Een voorwaarde is dat de specialist aan de patiënt duidelijk maakt dat de voortgezette behandeling door huisarts of revalidatieteam een logische voortzetting is van de therapie en niet een verwijzing naar een andere instantie. Voor de huisarts is ook een belangrijke taak weggelegd in de voorbereiding van de familie. Een gesprek met hen voor dat de patiënt naar huis komt is daarvoor nodig. Men kan de globale verwachting van het verdere ziekteverloop bespreken, evenals de psychische toestand van de patiënt. Men moet de familie en de omgeving duidelijk maken dat een overdreven koesterende houding van het milieu een eventuele angst nog meer voedt en dat een actieve medewerking van de kant der huisgenoten nodig is om een zo goed en snel mogelijk functioneel herstel van de patiënt te bereiken. De familie moet ook op de hoogte zijn van het effect der toegediende geneesmiddelen, door het gebruik van sedativa lijkt de patiënt daardoor vaak futlozer dan hij in werkelijkheid is. I.v.m. de medicatie moet nog eens gewezen worden op het juiste en ook preventieve gebruik van nitrobaat. Er heerst nog te veel de mening dat nitrobaat alleen genomen moet worden bij ernstige angineuze klachten, waarbij de patiënt er een eer instelt zo weinig mogelijk tabletten per dag te gebruiken.

Een ander probleem is vaak of de patiënten mogen fietsen of brommen. Voor een belangrijk aantal patiënten betekent fietsen onder gunstige weersomstandigheden en niet uitgerekend in het drukke verkeer een minder zware belasting dan lopen, waarbij het gevoel van zich ruimer te kunnen verplaatsen een belangrijke psychische steun betekent. Voor het rijden op een brommer gelden dezelfde overwegingen.

Uit de cijfers zoals wij die hebben gevonden blijkt dat invaliditeit voor de deur staat wanneer de patiënt 9 maanden na zijn infarct nog niet aan het werk is. Voor de huisarts lijkt mij dit een belangrijk gegeven. Het is goed wanneer hij zich deze situatie bijtijds realiseert en zodoende de patiënt in die belangrijke periode kan voorbereiden en steunen.

Indien men als huisarts de patiënt actief benadert en begeleidt in een daartoe voorbereid milieu, ben ik er van overtuigd dat de patiënt er mee gebaat is, dat hij vlotter geactiveerd wordt en minder kans heeft om tenslotte tot invaliditeit te vervallen.

-.-.-.-.-