

beter te beseffen en hun techniek in dezen te verbeteren. De mogelijkheid om de patiënt inderdaad als een geheel te zien en om rekening te houden met zowel de somatische als de psychische en sociale factoren bij ziekte zou worden vergroot, terwijl de grote betekenis en de invloed van de arts-patiënt relatie beter zou worden begrepen. Overtuigend is dit gedeelte van het artikel, naar de mening van referent, echter niet, zodat — door gebrek aan mogelijkheid tot meting — de resultaten van dit bijzonder belangwekkende experiment, voorlopig helaas nog onzeker blijven.

Uit de gerefereerde artikelen blijkt wel hoeveel moeite Amerikaanse medische scholen doen om te geraken tot een integrale geneeskunde en hoever men bereid is daarbij in experimenten te gaan. Hoe verheugend en lofwaardig dit ook moge zijn — toch vraagt referent zich af of de moeilijkheden hierbij in de nieuwe wereld soms niet wat te simplistisch worden gezien. Men krijgt uit de desbetreffende Amerikaanse literatuur soms de indruk, dat men meent dat het allemaal voornamelijk een kwestie is van theoretische kennis en techniek, van wetten en regels. Met name spreekt uit het artikel van Dwyer en Zinberg een sterk mechanistisch gekleurde beschouwingswijze van de menselijke psyche. Gezien in het licht van de gedachten uit het artikel van Bremer — die de wortel van de moeilijkheden veel dieper zoekt en wijst op de fundamentele betekenis van het mensbeeld, dat de student zich in zijn opleiding vormt en op de grote invloed van de denkwijze, van de instelling en houding tegenover de mens — kan men zich afvragen of de boven gesignaleerde tendens niet leidt tot een verplaatsing van de moeilijkheden inplaats van tot een oplossing. Door toepassing van de natuurwetenschappelijke denkwijze op geestelijk en sociaal gebied, zal het mensbeeld van de medicus en zijn instelling tegenover de patiënt weinig veranderen. In de terminologie van Bremer zou misschien zelfs van een nog verdergaande ontmenselijking kunnen worden gesproken.

Anderzijds wordt er ook in de Amerikaanse literatuur — ook door de genoemde auteurs — herhaaldelijk op gewezen, dat men hoe langer hoe meer beseft dat een werkelijke oplossing van de moeilijkheden pas op den duur zal kunnen worden bereikt door een belangrijke verbreding van de basis van de medische opleiding met de humane en de sociale wetenschappen.

Hoe dit alles ook zij — slechts de toekomst zal ons kunnen leren of het voor een werkelijk integrale geneeskunde nodig zal zijn dat de medicus zijn natuurwetenschappelijke denkwijze wijzigt of aanvult, of hij dit zal kunnen en of hij dit ook zonder schade (bijvoorbeeld voor zijn somatiek) zal kunnen volbrengen.

Literatuur:

- ¹ Huygen, F. J. A., (1958) huisarts en wetenschap, 1, 214.
- ² Bremer, J., (1958) R.K. Artsenblad, 37, 1.
- ³ Dwyer, T. F. en Zinberg, (1957) J. med. Educ. 32, 331.
- ⁴ Engel, L., W. L. Green Jr., F. Reichsman, A. Schmale en N. Ashenburg, (1957) J. med. Educ. 32, 859.

Revalidatie

DOOR DR. L. P. BRUIJEL*

Het resultaat van een geneeskundige behandeling wordt als regel afhankelijk gesteld van de bekwaamheid van de betreffende medicus. We dienen ons evenwel te realiseren dat we af en toe met patiënten te maken hebben die onvoldoende geholpen zijn met medische hulp alléén; dat soms ons medisch handelen, hetzij vroeg hetzij laat, dient over te gaan in, of samen te gaan met paramedische methodieken of bemoeiingen van de organen van het maatschappelijk werk of bepaalde vormen van onderwijs. In deze gevallen zal het resultaat van de behandeling mede afhankelijk zijn van de wijze waarop de medicus bovendien nog de mogelijkheden van deze grensgebieden kent en ze onder zijn leiding weet in te schakelen.

Wanneer hier inderdaad aanzienlijke bemoeienis met deze grensgebieden ontstaat spreken we van revalidatie. Dit houdt al zonder meer in dat men met het begrip „revalidatie” terecht kan in vier domeinen: de geneeskunde, de arbeidsvoorziening, het maatschappelijk werk en het onderwijs. Dat er daardoor enige begripsverwarring om dat woord revalidatie is ontstaan, spreekt welhaast vanzelf. Er is een neiging, zowel in het maatschappelijk werk, als bij de beschuttende werkplaatsen en in de geneeskunde om, hoewel geheel op zichzelf blijvend, zijn werk als revalidatie te betitelen. Op deze wijze wordt het een gegoochel met woorden, wat er slechts toe kan leiden, duidelijke dingen onduidelijk te maken. Waar het om gaat is dit, dat bij de daarvoor geschikte gevallen de geneeskunde in de revalidatie een verlengstuk van zijn therapeutische mogelijkheden heeft gekregen.

We leven in het tijdperk van de techniek, uiteraard draagt de hedendaagse geneeskunde daarvan de kenmerken. In dit vlak ligt naar mijn mening ook de neiging van sommigen om revalidatie als een voornamelijk technisch specialisme te zien. Een vak waarin men zijn emplooi vindt bij oefenfietsen en katrollen, badkuipen en verchromde apparaten van allerlei golflengte, naast, wat de patiënt betreft, beugels en prothesen om functiestoornissen van benen en armen te corrigeren. Inderdaad vormen deze dingen een integrerend bestanddeel van de techniek van het revalideren.

Wij komen hiermee terecht bij de actieve oefen-therapie, de arbeidstherapie, de arbeidstraining. Maar er zou geen reden zijn om hiervoor van het gevestigde begrip „fysische therapie” af te wijken, wanneer revalidatie niet bedoelde meer te zijn dan

* Revalidatie-arts bij de Provinciale Stichting voor Revalidatie in Overijssel „Strevro”.

een zuiver technisch métier. Het woord revalidatie geeft ook duidelijk aan, hoezeer het door „minder-validen” en „validen” reeds platgelopen is. Het begrip „waarde” wat erin vervat is geeft aan in welke richting we het ook zouden kunnen zoeken: de eigenwaarde van de mens en de waarde die hij voor anderen heeft. Zonodig moeten beide opgevoerd worden. Dit is een bezigheid, die men soms, maar meestal niet, klaar speelt met techniek alleen. Soms ook niet, dit was ons uitgangspunt, met geneeskunde alleen.

De mensen met wie we te maken hebben, onze patiënten, zijn de mensen die gehavend zijn naar lichaam en geest beide. Wanneer het lichamelijk letsel ernstig genoeg is, is dit ook een ernstig geestelijk trauma. Een verminkte hand kan al als zodanig gelden — hoeveel sterker moet dit zijn bij het amputeren van een extremititeit, of het paretisch worden en atrofiëren van een arm of been.

Voor de nuchter ingestelde patiënt is dit allemaal niet eens het ergste. Zodra na de acute fase van ziekte of ongeval de balans kan worden opgemaakt, komt het pijnlijk besef van verloren gegane toekomstmogelijkheden. Hier komen we op dingen die veel belangrijker zijn in een mensenleven dan 15° progressie in de excursie van een gewricht.

De aan arm of been geamputeerde is in vele gevallen niet klaar met een prothese. Hij moet hem kunnen gebruiken, hij moet kunnen werken. Voor de man met een verlamming of een stijve schouder is soms fysieke therapie alléén niet voldoende, hij moet weten dat hij straks weer in het levensonderhoud van zijn gezin zal kunnen voorzien.

Willen we deze mens werkelijk helpen dan horen we zijn plaats in de wereld in onze beschouwingen op te nemen. En als het moet, dienen we daarvoor een paar stappen te doen in de richting van de maatschappij. Een paar stappen maar, want er staan talloze specialisten klaar, die ieder met hun specifieke bekwaamheden de man of vrouw willen opvangen: beroepskeuze-adviezen, arbeidsbemiddeling voor gehandicapten, omscholing en bijscholing, onderwijs voor gebrekkige kinderen, algemeen maatschappelijk werk van particuliere en overheidsorganen.

Wanneer dit een afdwalen lijkt van de geneeskunde, blijkt dat dit een beperkte visie is. Ook in andere situaties blijkt herhaaldelijk dat we de maatschappelijke problemen van de patiënt in onze medische overwegingen dienen te betrekken.

Daar waar de diagnose nog gesteld moet worden, blijkt de relatie van de patiënt tot zijn omgeving van het grootste belang te zijn voor ziek worden of gezond blijven (integrale geneeskunde) en voor het krijgen van bepaalde ziekten (de „specifiek menselijke ziekten” als astma, ulcus, coronairsclerose).

Dat het genezingsproces bij ziekte of ongeval door ongunstige maatschappelijke verhoudingen gestoord wordt, weten we. De begrippen als rente-neurose of sociale-neurose liggen ons allen voor in de mond. Wat de revalidatie nu op het maatschappelijk terrein

nastreeft is dit: het herstel van de patiënt te bevorderen door het bewaren of verbeteren van de relaties tussen hem en zijn omgeving, zijn naasten, zijn arbeidsomgeving. Zijn plaats in de samenleving gaat een rol spelen in het gesprek over ziekte en herstel, oorzaak en gevolg. Bij ernstige defecten is dit geen overdaad. Hoe gemakkelijk wordt op de fabriek niet gezegd: „O, die komt niet terug”, waarna prompt een andere man op die plaats aangesteld wordt. De patiënt die zich op deze wijze in een luchtledig gesteld ziet valt het wel heel veel moeilijker om te genezen. Waarvoor zál hij eigenlijk nog genezen? De wilskracht, de onvermoeibare ijver die nodig is voor het eindeloos oefenen van een verstijfde of verlamde extremititeit is alleen op te brengen als het ergens toe dient. Het dient nergens toe, in de gedachtenwereld van de meeste van onze patiënten althans, als het toekomstvisioen is: in de steun bij Sociale Zaken.

Zo kunnen we op een bepaald moment met de geneeskunde niet meer voort, als we op de menselijke en maatschappelijke problemen van de patiënt geen antwoord hebben. Vaak hoeft dat antwoord van de zijde van de arts niet eens te komen. Als de patiënt maar een klankbodem vindt voor zijn moeilijkheden, blijkt veel zich vanzelf op te lossen. Maar onder bepaalde omstandigheden zullen we een concrete oplossing moeten kunnen (laten) presenteren. En dan is het vaak verbazingwekkend hoeveel energie wordt ontketend, eenvoudig door de patiënt weer een toekomst te bieden. De voorbeelden zijn niet zeldzaam van de man of de vrouw, die geen dag, geen uur van het oefenprogramma wil missen om maar zo gauw mogelijk klaar te zijn.

We komen hiermee op een terrein dat door de geneeskunde tot op heden weinig is bestreden. De patiënt is naar de gangbare begrippen een passief wezen, hij ligt in bed, hij laat zich behandelen, laat zich bestralen, masseren, kortom hij laat zich genezen. In de revalidatie wordt een doelbewust gebruik gemaakt van de mogelijkheden die de mens in zich heeft om langs de weg van de menselijke verhoudingen de genezingskansen op te voeren en de aanpassing aan een voor hem redelijke levenssituatie te bevorderen.

Het bestuur van de Sectie Revalidatie (onderdeel van de Alg. Ned. Ver. voor Sociale Geneeskunde) organiseert in april te Utrecht een studiedag met als onderwerp „de plaats van de patiënt in de revalidatie”. Als vorm is gekozen de forumdiscussie. Het forum wordt gevormd door vertegenwoordigers van de groeperingen, in het voorgaande genoemd als de deskundigen (niet-medische en medische), die in het gesprek over de patiënt van belang kunnen zijn.

De studiedag, waarop leden van het N.H.G. welkom zijn, wordt gehouden op 18 april in het Gebouw voor Kunsten en Wetenschappen te Utrecht, te 10.15 uur.