

kregen. Medisch zal men moeten bedenken, dat het hier gaat om geestelijk gestoorden. Het betreft hier een medisch-ethisch probleem van de eerste orde, dat ik hier niet verder kan uitwerken.

In alle gevallen zal men zich steeds nauwkeurig hebben af te vragen, hoe het gesteld is met het incasseringsvermogen van de betrokkenen. Onze hulp is ten sterkste afhankelijk van dit incasseringsvermogen en niet alleen van de ernst der situatie. Zo zal men soms bij niet hevige conflicten (van ons uit be-

schouwd) tot „zwaardere” hulpmaatregelen moeten overgaan dan in ernstiger gevallen, doordat het incasseringsvermogen van een of meer der betrokkenen de grens van het draagbare heeft bereikt.

Het was uiteraard onmogelijk in het bovenstaande een volledig beeld te geven van de sociaal-psychiatrische hulp bij ernstige huwelijksconflicten. Ik heb slechts enkele der belangrijkste aspecten kunnen belichten.

De gehandicapte vrouw huisarts en revalidatie

De Stichting voor Revalidatie in Zuid-Holland hield ter gelegenheid van haar tienjarig bestaan een jubileumbijeenkomst in het Kurhaus te Scheveningen op 27 september 1962. De eerste spreekster was mevrouw Mr A. de Ruyter-de Zeeuw, lid van het College van Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland, die een actief aandeel had in de oprichting van de Stichting. Het kernpunt van haar betoog was het wijzen op de noodzaak van een goede organisatie. Revalidatie is een multi-disciplinaire wetenschap. De onderscheiden taken hebben reeds een hoog wetenschappelijk peil bereikt; de moeilijkheid is nu de gehandicapte mens te laten profiteren van de bereikte wetenschappelijke resultaten. Een hechte samenwerking tussen verschillende disciplines is een vereiste. Door de ingewikkelde samenstelling van de maatschappij is het noodzakelijk op nuchtere zakelijke wijze vorm te geven aan de organisatie. Enerzijds pleitte zij voor een centralisatie van de verschillende topfiguren werkzaam op het gebied van de revalidatie terwille van de organisatie; anderzijds pleitte zij voor een decentralisatie van het uitvoerende werk ten behoeve van de patiënt.

De inleidingen van deze dag hadden als onderwerp: de gehandicapte vrouw. Mevrouw A. M. van 't Zelfde-Zevenbergen, revalidatie-arts te Voorburg sprak over „de gehandicapte huisvrouw”. De huisvrouw heeft de dagelijkse zorg voor de bereiding van de maaltijden, voor de kleding en voor de schoonmaak van het huis. Zij is de belangrijkste verzorgster en opvoedster van de kinderen. Kortom zij is de as, waar in huis alles om draait, zij is degene die het leefklimaat in huis schept. Soms heeft de huisvrouw nog belangrijke bemoeienissen met het bedrijf of de praktijk van haar man, als deze aan huis verbonden zijn. In de naaste toekomst moet wellicht nog aandacht worden besteed aan een gedeeltelijke werkring buitenshuis.

De huisvrouw moet in staat zijn al haar werkzaamheden in en rond het huis te verrichten, waarvoor het onder andere nodig is, dat zij alle vertrekken in huis kan bereiken en dat zij zich buitenshuis kan bewegen voor het doen van inkopen, het onderhouden van contacten met haar omgeving enzovoorts.

De gehandicapte huisvrouw zal zoveel mogelijk in staat moeten worden gesteld al haar taken als huisvrouw te volbrengen. Verschillende mogelijkheden kunnen worden beproefd, zoals het verlichten van haar taak door mechanisatie: automatische wasmachine, stofzuiger, strijkmachine; het efficiënter laten verlopen van het huishouden: betere planning, betere opstelling van de materialen, juiste volgorde van diverse handelingen; het toepassen van enige hulpmiddelen: handgrepen bij deuren en drempels, haken bij de kraan; het aanbrengen van aanpassingen: fornuis naast en op gelijke hoogte met het aanrecht, drempels weg, enzovoorts, tot de aangepaste woning voor gehandicapten toe. Ter demonstratie besprak spreekster enige mogelijkheden voor gehandicapten met het gemis van een handfunctie, met vermindering van de functie van beide handen en met loopstoornissen.

Mevrouw G. H. S. Volkers, arts bij de Provinciale Stichting voor Revalidatie in Overijsel, begon haar inleiding over

„de werkende gehandicapte vrouw” met enige beschouwingen over de werkende vrouw in het algemeen. Zij wees daarbij vooral op het feit, dat de werkende vrouw een compromis moet sluiten tussen haar vrouwelijkheid en de noodzaak mannelijk te zijn of zoals zij het kernachtig uitdrukte: tussen het grijpbaar willen zijn en de noodzaak nu te grijpen. Niet vergeten mag worden dat de werkende vrouw naast haar werk ook nog de zorg voor haar eigen huishouding heeft. De werkende gehandicapte vrouw kent de volgende problemen: de vrouw in de maatschappij; de noodzaak te werken om in haar onderhoud te voorzien; de vele frustrerende momenten die het hebben van een handicap juist voor een vrouw met zich meebrengt; de handicap die haar in haar beroepskeuze beperkingen oplegt. In verband met deze problematiek pleitte spreekster voor een diepgaande psychologische bemoeienis alvorens een gehandicapte vrouw in een werkring te plaatsen en wees zij op het feit, dat een handicap, en zeker een aangeboren handicap, leidt tot een infantiel reactiepatroon. De gehandicapte vrouw moet een zekere beroepsscholing ontvangen om als geschoold arbeidster te kunnen worden te werk gesteld. Ongeschoolde arbeid geeft geringere stabiliteit door het veelvuldig veranderen van werkring en door de geringe verdiensten. Juist door haar handicap, die meestal extra kosten met zich meebrengt moet zij meer verdienen, terwijl het vinden van een andere werkring telkens extra problemen opwerpt. De instabiliteit die de handicap met zich meebrengt moet worden gecompenseerd door een grotere stabiliteit in het beroep. Aan het slot van haar inleiding deed spreekster verslag van een onderzoek, dat zij instelde bij enige gehandicapte werkende vrouwen. De conclusie was, dat vrijwel alle gehandicapte vrouwen zich voelen als gekooide vogels. Het zoveel mogelijk wegnemen van de beperkingen op allerlei terreinen als gevolg van de handicap moet de grootste belangstelling hebben.

Tenslotte gaf de heer C. A. Barel, administrateur van „Woningbouwvereniging Volkshuisvesting” te Delft, een verslag van de bouw van enige woningen voor gehandicapten, ingebouwd in een groot flatcomplex. De woningen voor gehandicapten moeten op hetzelfde niveau liggen als de straat, alle vertrekken moeten gelijkvloers zijn. De woningen moeten in de directe nabijheid liggen van winkels, kerk, postkantoor en andere openbare gebouwen. De woningen hebben een grotere grondoppervlakte nodig, waardoor ze moeilijk in te passen zijn in de normale woonblokken. Bij de bouw moet hiermede van tevoren rekening worden gehouden. Daarnaast eist de inrichting aparte voorzieningen, vooral de keuken, de badgelegenheid en de toiletten. De deuren moeten breder zijn dan gebruikelijk in verband met de rolstoel. Uit het verslag van de heer Barel bleek, dat de bouw van een woning voor gehandicapten in een normaal woningcomplex heel goed mogelijk is. De huurprijs wordt wel eenderde hoger dan die van de omliggende woningen.

De discussie leverde weinig nieuwe gezichtspunten op. Wel bleek, hoe gebrekkig de centralisatie op het terrein van de revalidatie nog is. Verschillende waardevolle activiteiten in het ene gedeelte van het land zijn in het andere gedeelte nog

volkomen onbekend. De discussie werd zodoende een ongewilde bevestiging van het betoog van mevrouw de Ruyter-de Zeeuw.

Over het gebrek aan contact tussen huisarts en revalidatie had ik een gesprek met de heer C. D. Moulijn, directeur van de Nederlandse Centrale Vereniging voor gebrekkigenzorg, en de heer Mr C. A. Erdman, secretaris van de Raad voor Revalidatie. Geconstateerd werd dat aan de ene kant de huisarts nog weinig belangstelling toont voor de revalidatie en dat aan de andere kant de organisaties werkzaam op dit terrein over het algemeen weinig geneigd zijn de huisarts bij hun werk te betrekken.

Voor de huisarts kunnen onder andere de volgende redenen worden aangegeven. De huisarts ziet allerlei verenigingen, stichtingen en dergelijke ontstaan, waarvan hij zeker in de beginstadiën de merites niet kan beoordelen, zodat hij een afwachtende houding aanneemt. Vervolgens ziet de huisarts te weinig zware invaliditeiten, waarbij hij actief betrokken is, zodat hij op dit terrein onvoldoende ervaring en belangstelling krijgt. Daarnaast spelen praktische moeilijkheden een rol, zoals het tijdstip van vergaderingen en teambesprekingen: de huisarts wil dit het liefst buiten zijn normale dagschema doen, dus laat in de middag of in de avonduren, terwijl functionarissen van revalidatie-organisaties bij voorkeur in de normale werkuren hun besprekingen houden.

Voor de revalidatiestichtingen gelden de volgende motieven. De revalidatiestichtingen voelen zich het meest aangetrokken tot de zwaardere invaliditeiten en tot de gevallen die tot nu toe verwaarloosd zijn. Omdat voor deze gevallen meestal medisch-specialistische hulp, maatschappelijke hulp en financiële hulp nodig zijn, wordt rechtstreeks met de specialisten en maatschappelijke organisaties contact gezocht. Een grote moeilijkheid is, dat vele patiënten buiten de huisarts om in contact komen met de revalidatie-organisaties. Bijvoorbeeld waren er bij de Zuidhollandse Stichting van de 535 aanvragen om hulp maar 18 aanvragen van huisartsen.

Niemand zal het nut van een goede samenwerking tussen de huisarts en de Stichting voor Revalidatie ten behoeve van de gehandicapte mens betwijfelen. De huisarts zal in een vroeger stadium dan nu vaak het geval is, de patiënt kunnen voorstellen aan de Stichting, hij zal de Stichting kunnen inlichten over de persoonlijke en huiselijke omstandigheden van de patiënt, hij zal de patiënt kunnen behoeden voor een te onpersoonlijke benadering door de verschillende instanties. Doordat hij alle gegevens kan verzamelen kan hij zijn patiënt behoeden voor dubbeluren in het onderzoek en de hulpverlening. Omgekeerd zal de Stichting voor Revalidatie de huisarts behulpzaam kunnen zijn door het geven van adviezen betreffende de medische behandeling. De Stichting zal problemen op het gebied van onderwijs, beroepskeuze, tewerkstelling, recreatie en vervoer mede kunnen helpen oplossen. De Stichting zal de weg kunnen wijzen naar financiële bronnen voor de aanschaf van invalidewagens, bij het financieren van verbouwingen of voor het bekostigen van extra studies. Juist voor multi-disciplinaire hulpverlening aan de gehandicapte is een goede samenwerking nodig.

Waarschijnlijk zijn de meeste huisartsen te weinig bekend met het werk van de Provinciale Stichtingen en weten zij niet, hoe zij deze stichtingen kunnen bereiken. Landelijk kent men twee overkoepelende organen: de Raad voor Revalidatie, ingesteld door de departementen van O.K.W., Maatschappelijk Werk, Sociale Zaken en Volksgezondheid en Defensie; en de Nederlandse Centrale Vereniging voor Gebrekkigenzorg, een overkoepelend orgaan van allerlei stichtingen en verenigingen, werkzaam op het terrein van de invaliditeitszorg, voortgekomen uit een particulier initiatief. Deze beide organisaties werken goed samen. Zij hebben een adviserende, stimulerende en coördinerende taak.

Op provinciaal niveau kennen wij de Provinciale Revalidatie Stichtingen. Deze stichtingen zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de kruisverenigingen, van de A.V.O. („Actio Vincit Omnia”, vroeger „Arbeid voor Onvervaardigen”) en van de arbeidsbureaus, terwijl nu ook vertegenwoordigers van de G.G.G.D.'s, van de afdelingen voor Sociale Zaken, van de Provincie en van het B.L.O. er zitting in hebben. Deze provinciale stichtingen hebben een sociaal geneeskundige in dienst.

De Stichtingen zijn bezig over het gehele land Regionale Advies Teams op te richten, die het praktische individuele adviserende werk kunnen doen ten behoeve van de gehandicapte. Naast het adviserende werk kunnen deze teams ook bemiddelend optreden, doch zij nemen niet zelf de behandeling in handen. Of deze organisatievorm de juiste is zal in de praktijk moeten worden afgewacht; ik kan wel zeggen, dat ik in mijn praktijk met een van deze teams nuttig en prettig contact had.

Naast organisaties ten behoeve van gehandicapten bestaan er nog verenigingen van patiënten zelf, bijvoorbeeld B.O.S.K. (Bond ter bevordering van de belangen van Spastici), Nederlandse Invaliden Bond, Nederlandse Vereniging van Suikerzieken, enzovoorts. Of men deze patiënten moet adviseren lid te worden van dergelijke verenigingen hangt vooral af van de kwaliteit van de vereniging en ook van de kwaliteit van de plaatselijke afdeling. De Regionale Advies Teams kunnen daarover adviseren. Niet vergeten mag worden, dat het samenbrengen van patiënten met één bepaalde afwijking, althans indien deze erfelijk is, genetische bezwaren met zich mee kan brengen.

Tot slot moge hier een lijst van adressen volgen.

Raad voor Revalidatie, secretariaat Zeestraat 73, Den Haag, tel. 183220.

Nederlandse Centrale Vereniging voor Gebrekkigenzorg, Stadhouderslaan 142, Den Haag, tel. 556600.

Provinciale Groninger Revalidatie Stichting, Gorechtkade 2-6, Groningen, tel. 31336, arts: Dr H. Dassel. Teams in: Appingedam/Delfzijl, Groningen, Hoogeveen/Sappemeer, Marum, Stadskanaal, Uithuizen, Veendam, Winschoten.

Stichting Revalidatie Friesland, Zuidvliet 34, Leeuwarden, tel. 22221, arts: G. J. Velds. Teams in: Leeuwarden, Heerenveen, Sneek, Drachten, Harlingen, Dokkum, Buitenpost, Oosterwolde, Wolvega, Franeker.

Provinciale Stichting voor Revalidatie in Drenthe, Stationsstraat 11, Assen, tel. 2047, arts: P. A. J. Deodatus. Teams in: Assen, Coevorden, Emmen, Meppel, Hoogeveen.

Stichting voor Revalidatie in Overijsel „Strevo”, Haaksbergerstraat 60, Enschede, tel. 5918, arts: Mevr. G. H. Volkers. Teams in: Enschede, Hengelo, Almelo, Zwolle, Steenwijk, Emmeloord.

Stichting tot bevordering van de revalidatie in Gelderland, voorlopig adres: Gele Rijdersplein 12, Arnhem, arts: vacature. Teams in: Arnhem, Doetinchem, Winterswijk, Zutphen, Apeldoorn, Heerde, Harderwijk, Ede, Nijmegen, Tiel, Zaltbommel.

Provinciale Utrechtse Stichting (P.U.R.S.), Catharijnesingel 73, Utrecht, tel. 23831, arts: J. H. Leusink. Teams in: Utrecht, Zeist, Amerongen, Amersfoort, Soest/Baarn.

Contactcommissies voor de Revalidatie van de Stichting van de Provinciale Kruisverenigingen voor gemeenschappelijke belangen van gezondheidszorg in Noord-Holland, Kleverparkweg 152, Haarlem, tel. 61001, arts: D. van Leeuwen. Teams in: Alkmaar, Amstelveen, Beverwijk, Den Burg/Texel, Enkhuisen, Haarlem, Den Helder, Hilversum, Hoofddorp, Hoorn, Medemblik, Middenmeer, Den Oever, Purmerend, Schagen, Velsen/IJmuiden, Volendam, Zaandam.

Stichting ter bevordering van de zorg voor en revalidatie van gebrekkigen in Zuid-Holland, Adr. Pauwstraat 51, Den Haag, tel. 541698, arts: F. R. Worisek. Geen teams.

Zeeuwse Stichting voor Revalidatie, St. Pieterstraat 52, Middelburg, tel. 4350, arts: W. M. Wiemer. Teams in: Axel, Zierikzee, Goes, Vlissingen/Middelburg, Oostburg en Tholen in oprichting.

Stichting voor Revalidatie in Noord-Brabant, Gasthuisstraat 35, Tilburg, tel. 21910, arts: W. F. Camoenié. Teams in: Almkerk, Bergen op Zoom, Boxmeer, Breda, Eindhoven, Etten, Geldrop, Helmond, 's-Hertogenbosch, Oosterhout, Oss, Roosendaal, Tilburg, Valkenswaard, Veghel, Waalwijk, Zvenbergen.

In Limburg is nog geen samenwerkingsorgaan voor de revalidatie opgericht.
J. J. M. Michels