

# Wat betekent voor de huisarts integrale zorg?

Daar draait het om, van rommeldebom dondert het hele bouwwerk om.

G. TH. VAN DER WERF

Wat betekent voor de huisarts integrale zorg? luidde het onderwerp van de prijsvraag die door het NHG-bestuur werd uitgeschreven ter gelegenheid van het vijftienvigjarig bestaan van het Genootschap. De jury, bestaande uit de vijf leden van verdienste van het NHG, bekroonde twee inzendingen, waarvan wij de eerste hierbij publiceren. De auteur is huisarts te Groningen en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde aldaar.

## Dondert dan het hele bouwwerk om?

Wat is „integrale zorg” meer dan een reliquie, „een begrip dat een grote rol heeft gespeeld in het denken over de huisartsgeneeskunde”, zoals het werd omschreven in de aankondiging van de NHG-jubileumprijsvraag; een meta-realiëit, die zich verheft boven de alledaagse werkelijkheid van de huisarts: de gezinsverzorgster, de specialist in het ziekenhuis, de verre kennis die hetzelfde heeft meegemaakt als de patiënt nu moet ondergaan, de bedrijfsarts, de sociale dienst – ieder heeft zijn zegje te zeggen. Het zorgaanbod is in partjes en brokjes vergruizeld, die elkaar soms overlappen, soms elkaar tegenwerken, en als ze de patiënt en zijn probleem al eendrachtig in één richting stuwen, valt nog te bezien of dat altijd de goede richting is. En daartussen, „in de maastroom der emoties”, staat „de spil van onze gezondheidszorg”, de huisarts. Wat, als integrale zorg een al te idealistische, of zelfs een onbestaanbaar antwoord is op een ernstig probleem: het „zorg-enthousiasme van hulpverleners, het onbegrensde vertrouwen van mensen in de effectiviteit van hulpverlening, en het beperkte inzicht bij beiden in de betekenis van zelfzorg? Dondert dan het hele bouwwerk van de huisartsgeneeskunde om?

## Geen actueel begrip

Integrale zorg is een van de twee mogelijke antwoorden op het vergruizelde zorgaanbod: een alle levensaspecten omvattende zorg, waarvoor de huisarts

verantwoordelijkheid aanvaardt, is wel zeer ruim gesteld – op het terrein van zielszorg en sociale zorg is de arts zeker niet de eerst aangewezen deskundige, erkent ook het Woudschoten-rapport (*Vroege*) –, maar de essentie is het wel. Daarvoor pleit ook *Van Trommel*: „Ik wil echter met nadruk stellen, dat het toepassen van een integraal-medisch denkmodel bij de behandeling van patiënten zeker niet impliceert dat dit slechts door vertegenwoordigers van verschillende disciplines kan worden uitgevoerd.

„Vele problemen zijn met hantering van deze integraal geneeskundige wijze van benadering door de huisarts zelfstandig op te lossen. Geen onmogelijke, wel een moeilijke en boeiende opgave.” Blader ik nu de registers van drieëntwintig jaargangen *Huisarts en Wetenschap* door (1957-1980), op zoek naar artikelen waarvan de titel het woord „integraal” bevat, dan vind ik er een viertal. *Huygen en Van Lidth de Jeude* kondigen in 1958 een nascholingscursus „integrale kindergeneeskunde” aan; *Veldhuyzen van Zanten* doet in 1959 verslag van een studiereis die hij naar Amerika maakte; *Janse de Jonge*, hoogleraar in de psychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, spreekt voor de vijfde Apeldoornse artsensdag in 1963 over de mogelijkheden van een wetenschappelijke benadering van „de gehele mens”, en *Van Trommel* beschrijft aan de hand van casuïstiek op welke wijze hij integrale geneeskunde in praktijk brengt.

Blader ik dezelfde registers door op zoek naar het begrip „zorg”, dan vind ik

in 1966 een artikel van *Meinsma en Zain* over de zorg aan kankerpatiënten; *Gill* schreef in 1978 een artikel over de zorg voor kinderen: in dat artikel definieert hij integrale zorg als de „science of human happiness”; *Van Weel* wijdt in 1979 een redactioneel commentaar aan een artikel van *Van de Lisdonk en Sluis* (1979) onder de titel *De preventieve zorg voor kinderen*, en over hetzelfde onderwerp schrijft *Vrij*, geneeskundig inspecteur voor de Eerstelijnsgezondheidszorg, in 1980 een artikel onder de titel *De zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Stiefkind van de huisartsgeneeskunde?*.

Integrale geneeskunde lijkt geen actueel begrip: de laatste twee artikelen die het in hun titel voeren, in 1964 en in 1972, plaatsen er een vraagteken bij! Als we ervan uit mogen gaan dat titels kunnen spreken, maar ook zwijgen, dan is het begrip „integrale zorg” nooit actueel geweest: het komt in de titel van geen der artikelen voor.

In *Huisarts en Wetenschap* is de aandacht veel meer gericht op de andere oplossing van het probleem van het vergruizelde zorgaanbod, het geïntegreerde samenwerken van verschillende disciplines in de eerste lijn.\* In de zestiger jaren wint het idee veld dat de huisarts het alleen niet afkan, en in 1968 stelt Dokter de vraag ter discussie op een NHG-congres of de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg, zoals die was omschreven in het Woudschoten-rapport, voor één man niet te zwaar was (*Van Hove Baeck*). Het zou me dan ook verbazen, als niet ten minste één bijdrage aan deze prijsvraag door een team of door een aantal huisartsen tezamen zou zijn geschreven.

## Een methode van onderzoek

Het onderwerp van de prijsvraag was niet „integrale zorg of geïntegreerde sa-

\* In de periode 1957-1980 publiceerde *Huisarts en Wetenschap* zesendertig artikelen die „samenwerking” of „samenwerken” in hun titel voeren. Hierin wordt de samenwerking met twaalf verschillende „disciplines” beschreven. Daarvan zijn er zeven werkzaam op medisch of paramedisch terrein (apotheker, psychiater, diëtiste, vroedvrouw/verloskundige, fysiotherapeut, wijkverpleegster/verpleegster in de maatschappelijke gezondheidszorg en „specialist” – in totaal veertien publicaties) en vijf op niet-medisch gebied (pastor, maatschappelijk werkster en psycholoog – in totaal acht publicaties). Twee artikelen zijn gewijd aan de samenwerking tussen huisartsen onderling en twee aan het opleiden tot samenwerken. De overige tien publicaties beschrijven samenwerking met meer dan één discipline of samenwerking in een team, samenwerking op een bepaald zorgterrein of behandelen samenwerking in het algemeen. De volledige lijst met titels kan bij de auteur worden opgevraagd.

menwerking", het ging om de betekenis van het begrip „integrale zorg" voor de huisarts. Nu staat de historische betekenis van het begrip buiten kijf: het is naast continue en persoonlijke zorg een van de centrale begrippen in het „credo van de Nederlandse huisarts", het Woodschoten-rapport. Het is niet gepast het te laten bij de constatering dat het begrip geen actuele betekenis heeft, althans niet als zodanig geoperationaliseerd is, temeer daar de evidentie waarop die constatering steunt niet onaanvechtbaar is.

Het woord „integraal" heeft voor mij iets heiligs, ik associeer het met Parcival en de graal, met gebrek aan medelijden en daardoor lijden onnodig verlengen, om tenslotte toch het doel te bereiken. De Parcival-legende is het verhaal van menselijke groei en menselijk tekort. Maar volgens Van Dale betekent „integraal" als bijvoeglijk naamwoord „een geheel uitmakend; volledig". En zelfs „integrale geneeskunde" wordt vermeld, „die niet alleen de genezing in engere zin maar ook de algehele revalidatie omvat."

*Querido* (1955, 1959), op wie het gebruik van het woord in de huisartsgeneeskunde teruggaat, omschrijft het zo niet. Voor hem is integrale geneeskunde – en ik citeer nu de formuleringen, die Querido in 1959 gebruikte – een methode van onderzoek, waarin een oordeel gevormd wordt over de psychische en/of sociale spanningen bij lichamelijk zieke patiënten. De conclusie van zijn onderzoek, dat hij in een Amsterdams ziekenhuis uitvoerde, – zoals ook de casuïstiek die hij beschrijft in zijn *Inleiding tot een integrale geneeskunde* uit het ziekenhuis afkomstig is – luidt: het integratieve oordeel, dat de vraag beantwoordt of de patiënt naast zijn lichamelijke ziekte spanningen heeft die zijn welbevinden ongunstig beïnvloeden, is nauwkeuriger dan het klinische oordeel, beiden gemeen aan het katamnestic oordeel; dat is het antwoord op de vraag of de klachten, waarvoor de patiënt was opgenomen, zes maanden nadien zijn verdwenen.

Dat de huisarts, de arts die de patiënt in zijn omgeving beoordeelt en behandelt, zich daardoor aangesproken voelt, ligt voor de hand. Immers, het lijkt vanzelfsprekend, dat psychische en sociale spanningen in de eigen omgeving van de patiënt duidelijker naar voren zullen komen en in een eerder stadium dan in het ziekenhuis zijn op te sporen, en dus beter te behandelen. En misschien spelen ze ook wel een grotere rol bij de patiënt die thuis ziek is, maar zeker is

dat niet; mij althans is geen onderzoek bekend, waaruit dat zou kunnen blijken. Het omgekeerde – dat de ziekenhuisopname en de vaak grotere ernst van de ziekten waarvoor mensen in het ziekenhuis belanden, op zich een grote bron van spanning vormen – lijkt minstens even plausibel.

Een dergelijk onderzoek, hoe moeilijk ook, zou van grote betekenis zijn, niet alleen voor de legitimering van de positie van de huisarts in de gezondheidszorg, maar ook voor de gezondheidszorg als geheel. Querido heeft immers niet betoogd dat integrale geneeskunde het exclusieve terrein van de huisarts was, maar het specialisme van de algemene arts, niet alleen buiten de muren van het ziekenhuis, ook daarbinnen. Die conclusie is van nog ingrijpender betekenis in onze tijd, waarin de faculteit niet langer tot algemeen arts en huisarts opleidt, maar tot basisarts.

### **De psychosocialisering van de huisarts**

Op de laatste bladzij van zijn boek verzucht *Querido* (1955), zijn patiëntenmateriaal overziende, dat er bijna geen geval is waarin niet op een bepaald punt de vraag naar voren komt: „En waar was de huisarts?" Het lijkt mij soms toe, dat de huisarts zich er sindsdien toe heeft laten verleiden prioriteit aan zogenaamde psychosociale problemen te geven, en is vergeten dat integrale geneeskunde een methode van onderzoek is, die pretendeert de betrouwbaarheid van voorspellingen over de effectiviteit van geneeskundig handelen te vergroten. Ik ben niet de eerste die dit opmerkt: vanaf de oprichting van het NHG is op de gevaren van wat ik dan maar de „psychosocialisering van de huisarts" zal noemen, gewezen (*Van Hove Baeck*).

Onmogelijk taalgebruik: psychosociale problemen. Al in 1973 betoogde *Iemhoff*, mijns inziens overtuigend, dat de term geen bestaansrecht heeft. Op het terrein van de fysieke realiteit, de somatiek, beschikken we over vrij veel kennis; van de sociale werkelijkheid weten we iets minder; maar van het psychische hebben we „n'en déplaise Freud" weinig wetenschappelijke kennis. „Psychosociaal" is een samengesteld begrip: in plaats van te spreken van sociale problemen voegt men er de onduidelijke kerm „psychisch" aan toe. Zo ontstaat het gevaar, dat de objectiviteit van sociale factoren verdund wordt met de subjectiviteit, die in de gangbare opvattingen eigen is aan het psychische. Zo

wordt de vaak eenvoudige politieke waarheid omtrent sociaal bepaalde feiten verdoezeld en wordt geïntegreerde gezondheidszorg een alibi voor mensen om aan maatschappelijke problemen te ontsnappen door psychische klachten (*Iemhoff*).

Er zijn nog andere problemen dan alleen somatische, psychische en sociale, bijvoorbeeld religieuze of levensbeschouwelijke problemen. *Dokter* betoogt, dat er twee belangrijke verschillen bestaan tussen integrale en humanistische geneeskunde: in de laatste wordt de gelovige mens als verschijningsvorm geaccepteerd; bovendien staat volgens *Dokter* in de integrale geneeskunde de patiënt in het middelpunt, terwijl in de humanistische geneeskunde ook de hulpverlener in zijn relatie tot de patiënt aandacht krijgt. Problemen in de relatie tussen arts en patiënt kunnen toch ook de betrouwbaarheid van de voorspelling die de arts doet over de effectiviteit van geneeskundig handelen, beïnvloeden. Dat Querido dergelijke problemen niet in zijn onderzoek heeft betrokken, treft niet hem: hij heeft aangekondigd, dat zijn idee niet meer is – en niet minder – dan een wetenschappelijk model. Het treft wel de huisarts, die nog steeds spreekt van „psychosociale factoren" om niet-somatische factoren aan te duiden. Hij bedoelt het goed, maar wat hij bedoelt, wordt op deze wijze niet duidelijk. Laat de huisarts zich beperken tot het verlenen van geneeskundige zorg voor zover dat in zijn vermogen ligt, en signaleren waar andere dan geneeskundige zorg vereist is, hetzij omdat geneeskundige zorg niet geïndiceerd is, hetzij omdat geneeskundige zorg weinig effectief kan zijn, zolang niet eerst niet-geneeskundige problemen zijn opgelost.

### **De inhoud van geneeskundige zorg**

De huisarts een dergelijke taak toe te denken, vereist dat ik stilsta bij wat geneeskundige zorg zou kunnen inhouden; er diep op ingaan, hoe zeer in zich ook noodzakelijk, zou de grenzen van deze verhandeling verre overschrijden. *Michels* deelt in zijn inaugurele rede ter aanvaarding van de leerstoel verpleeghuisgeneeskunde de verzorging van patiënten in in medische, verpleegkundige en maatschappelijke zorg. In navolging van het *Tweede advies nomenclatuur voor inrichtingen van gezondheidszorg*, uitgebracht door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, omschrijft hij „medische zorg" als „beroepshalve door artsen met betrekking tot patiënten verrichten van diagnostiek,

geven van adviezen, voorschrijven van geneesmiddelen, toepassen of voorschrijven van behandelingsmethoden en beoordeling van de uitwerking van deze behandeling." Dat ook preventief en anticiperend-geneeskundige taken hieronder te vatten zijn, behoeft geen betoog. Er lijkt niets op tegen, dat ook de huisarts zijn zorg op deze wijze omschrijft.

Als de huisarts zich al bezighoudt met andere dan geneeskundige zorg – en welke (huis)arts doet dat niet op zijn tijd – dan moet hij zich realiseren, dat er daarvoor vaak hulpverleners zijn met een specifieke deskundigheid: juristen, psychologen, tolken en nog veel meer. Maar een experiment, dat enige tijd geleden werd opgezet, om tolken in te schakelen bij het bezoek van gastarbeiders aan hulpverleners, werd bij gebrek aan belangstelling na enige tijd afgebroken...

„De diagnostische taak van de huisarts dient het hele terrein in de breedte van het somatische, psychische en sociale onwelbevinden te omvatten en zal dus onbeperkt moeten zijn. In tegenstelling hiermee is de therapeutische taak voor de huisarts beperkter; zeker op psychosociaal gebied mag deze taak niet worden overschat." (*De taken van de huisarts*). In alle gevallen vraagt de huisarts zich af welke zorg nodig is (geneeskundige zorg, verpleegkundige zorg, maatschappelijke zorg of – voeg ik toe – zielszorg), en op welk niveau die zorg gegeven moet worden: of de patiënt het probleem zelf kan oplossen (zelfzorg); of de buurt, de familie of de echtgenoot(e) kan en wil bijspringen; of de huisarts zelf op professioneel niveau de zorg moet geven, dan wel moet verwijzen naar een medisch specialist; of dat de huisarts het op niet-professioneel niveau zelf kan doen, dan wel moet verwijzen naar een professioneel hulpverlener op ander dan geneeskundig terrein.

De huisarts die mij de grondbeginselen van het vak heeft bijgebracht, had een groot schilderij van een grootmoeder met een tovenaarspuntsmuts op haar hoofd in zijn spreekkamer achter zijn rug hangen. Die grootmoeder was omringd door een aantal situaties uit het leven van de mens: geboorte, jeugd, huwelijk, ouderdom, dood. Ik moet er soms nog aan denken: mijn leermeester gaf er een andere interpretatie aan, maar voor mij was die grootmoeder het symbool van de wijze oude vrouw (met alle gevaren van magie en zwarte kunst, die achter dat symbool schuil kunnen gaan), de sleutelfiguur van het huisge-

zin, zoals ook de huisarts kan zijn. In zekere zin maakt de huisarts deel uit van de mantelzorg, bijvoorbeeld als hij eenvoudige pedagogische adviezen moet geven, zoals de Commissie Takenpakket de huisarts aanraadt.

*Hattinga Verschure*, aan wie ik de term mantelzorg ontleen, verstaat eronder „zorg op basis van wederkerigheid". Dat verdraagt zich slecht met zorg die een professioneel zorgverlener in nauwe samenhang met zijn professioneel bezig-zijn op niet-professioneel niveau geeft. Waar professionele zorg zijn voornaamste legitimering vindt in professionele kennis, laat niet-professionele zorg zich uitsluitend op basis van wederzijds vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt legitimeren. Het ware te overwegen hiervoor de term „persoonlijke zorg" te reserveren, ons al lang uit het Woudschoten-rapport bekend.

*Van Hove Baeck* laat echter in haar studie over het professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts zien, dat huisartsen niet naar specifieke kenniscapaciteiten verwijzen als legitimeringsbasis van hun zorgverlening. Wel wordt steeds gewezen op de belangrijke functie, die de huisarts zou ontleen aan het feit, dat hij de mensen in hun totaliteit kent; een aanvechtbaar argument in een tijd waarin de mensen niet langer in gesloten gemeenschappen leven, meent *Van Hove Baeck*.

Is de vrees voor „psychosocialisering van de huisarts" dan gegrond? Bezie ik nu de eerder genoemde lijst met zesendertig titels, dan blijkt de huisarts in gesprek met hulpverleners zowel op medisch en paramedisch terrein, als op gebieden van niet-medische zorg. Heeft de huisarts dan naar buiten gebouwd aan een image dat niet in overeenstemming was met wat aan de basis gebeurde? Ik laat die vragen hier onbeantwoord. Maar het lijkt mij te verdedigen, dat de huisarts er in geslaagd is werkzaam te zijn op het kruispunt van geneeskundige en niet-geneeskundige zorg. In onze tijd van woelige discussies over de macht van artsen, over de reikwijdte en de grenzen van geneeskundige zorg en over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, geen geringe prestatie. Maar het levert de huisarts slechts een discutabele positie op.

### De zorg van de huisarts

Waarin bestaat nu de zorg van de huisarts? „Benaderingen, die de eenheid van de mens als uitgangspunt nemen, kunnen door het ontbreken van een integrale toetsbare theorie over de mens

geen toetsbare uitspraken opleveren" (*Diederiks en Ris*). Zo er al een integrale zorg zou bestaan, dan is die niet wetenschappelijk te toetsen op zijn effectiviteit. De huisarts die verantwoording wil aanvaarden voor een integrale zorg, kan niet tegelijkertijd streven naar wetenschappelijk te verantwoorden zorg. De huisarts is verantwoordelijk voor professionele geneeskundige zorg; de huisarts moet daarnaast persoonlijke zorg verlenen – het is onlosmakelijk met zijn functie verbonden. Maar voor de zelfzorg van de patiënt kan hij onmogelijk verantwoordelijk gesteld worden en daarom kan geen enkele arts, ook niet de huisarts, verantwoordelijkheid aanvaarden voor een alles omvattende, integrale zorg: de „science of happiness" moet in handen van de mensen blijven. We moeten het begrip integrale zorg niet langer gebruiken.

De huisarts staat er voor de mogelijkheden en onmogelijkheden van het verlenen van geneeskundige zorg aan de patiënt in zijn omgeving te beoordelen, en de belemmeringen die effectieve geneeskundige zorg in de weg staan, te signaleren. „Niet alleen is noodzakelijk, dat de arts al het nodige doet, maar dat de omgeving en vooral ook de patiënt zelf alles doen in de richting van het te bereiken doel", zegt Hippocrates (*Buma*, p. 103). De mogelijkheden en belemmeringen om dat doel te bereiken, moeten we zoeken in het vermogen van de huisarts om ziekten zoals in de geneeskunde beschreven, te herkennen; om de (medische) voorgeschiedenis en de leeftijd van de patiënt op hun waarde te schatten (huisartsgeneeskunde is ook levensloopgeneeskunde); om zijn (of haar) werk (bedrijfsarts), school (schoolarts) en/of gezin (de huisarts als gezinsarts) in de beoordeling van de zieke en zijn ziekte te kunnen betrekken, evenals de huisvesting van de patiënt, de buurt waarin hij woont, zijn eetgewoonten en leefwijze, kortom al die dingen die Hippocrates reeds beschreven heeft. En naarmate de professionele geneeskundige zorg groeit, komt de huisarts steeds vaker tot de conclusie, dat juist die geneeskundige zorg een effectieve oplossing van problemen in de weg staat (somatisatie). Met dit rijtje storende omgevingsfactoren pretendeer ik geen volledigheid, maar het zou van onzorgvuldigheid getuigen, als ik er nog niet één aan toevoegde: de huisarts zelf maakt deel uit van de omgeving van de patiënt en bepaalt als persoon mee de mogelijkheden en onmogelijkheden van effectieve geneeskundige zorg. Drie dingen maken

de geneeskunde uit: de ziekte, de zieke en de geneesheer; Hippocrates zei het al. Veranderd is, dat als gevolg van onze veel grotere kennis van zaken de geneesheer het vaak niet meer alleen afkan, ook de huisarts niet: het oordeel is er niet eenvoudiger op geworden.

„Integrale zorg” is geen actueel begrip, hoewel de historische betekenis ongetwijfeld groot is; het verlenen van integrale zorg verdraagt zich niet met wetenschappelijk te toetsen zorg, en tenslotte kan een allesomvattende zorg niet vanuit de hulpverlener gedefinieerd worden: „integrale zorg” blijkt een dwaalweg te zijn, die de huisarts is ingeslagen op zoek naar een theorie van de geneeskundige zorg aan de mens in zijn omgeving: want daar draait het om!

- Buma, J. T. Hippocrates de grote. *Stichting Rapportage, Doetinchem*, 1979.
- Diederiks, J. P. M. en B. G. M. Ris. Kennis, professionalisering en samenwerking. (1974) *Med. Contact* 29, 815.
- Dokter, H. J. De mens als middelpunt in de gezondheidszorg. (1978) *Med. Contact* 33, 652.
- \*Gill, K. De zorg voor kinderen. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21, 282.
- Hattinga Verschure, J. C. M. Het verschijnsel zorg. *De Tijdstroom, Lochem*, 1977.
- Hove Baeck, A. van. Het professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts. (1978) *Politica* 28, 329.
- \*Huygen, F. J. A. en A. H. van Lidth de Jeude. Nascholing integrale kindergeneeskunde. (1958) *Huisarts en Wetenschap* 1, 110.
- Iemhof, W. Psycho-sociale klachten bestaan niet. (1973) *Med. Contact* 28, 993.
- \*Janse de Jonge, A. L. Kan de huisarts een integrale of antropologische geneeskunde beoefenen? (1964) *Huisarts en Wetenschap* 7, 326.
- \*Lisdonk, E. van de, en P. Sluis. Jeugdgezondheidszorg... wiens zorg? (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 433.
- \*Meinsma, J. H. en G. H. Zain. Kankerpatiënten in de huisartspraktijk; verslag van enkele voornaamste bevindingen bij een onderzoek naar de frequentie van en de zorg rondom deze patiënten. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 9, 294.
- Michels, J. J. M. Verpleeghuisgeneeskunde. *Inaugurale rede Nijmegen*, 1980.

Vervolg literatuur op p. 67.

Adres van de auteur: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Anth. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

\*In de periode 1957-1980 publiceerde *Huisarts en Wetenschap* negen artikelen die „integraal” of „zorg” in hun titel voerden. Deze artikelen zijn gemerkt met \*.

# Voorzieningen voor gehandicapten

P. A. MARSEILLE\*

Technische voorzieningen voor gehandicapten zijn in het algemeen moeilijk te vinden artikelen, behalve wellicht voor de ingewijde beroepsmedewerkers. Het zijn artikelen met een relatief kleine markt, die niet als broodjes over de toonbank verkopen. Er zijn weinig leveranciers, er is nauwelijks sprake van een marktmechanisme en reclame wordt vrijwel niet gemaakt. Wil men verantwoord werken, dan zal men zich grondig moeten oriënteren. Een inleiding tot de problematiek.

## Inleiding

Een gestructureerde zorg voor de gehandicapte ontwikkelt zich in Nederland rond de eeuwwisseling vanuit het particuliere initiatief. De Vereniging van Mismaakte en Gebrekkige Kinderen, thans de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie, wordt op 12 december 1899 opgericht. De revalidatie krijgt gestalte door de laatste wereldoorlog en daarna door het toenemende aantal verkeersslachtoffers, de polio-epidemie en de softenon-affaire.

Maatschappelijk vinden deze gebeurtenissen hun weerslag in de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering en de Algemene Arbeidsongeschiktheids-wet. Deze wetten erkennen het gehandicapte zijn en het recht op werk en andere activiteiten. Daartoe kan men in aanmerking komen voor technische voorzieningen, door de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) middelen genoemd. Het ziet er momenteel naar uit dat zo een geheel nieuw specialisme ontstaat, dat zal uitgroeien tot een apart vakgebied binnen de revalidatie. Deze ontwikkeling is niet zo verwonderlijk, gezien het feit dat de techniek in de gezondheidszorg op alle fronten sterk oprukt met alle complicaties van dien. Een gehandicapte kan deze ontwikkeling met voldoening en spanning tegemoet zien. Een zieke in een ziekenhuis zal de gang van zaken wellicht anders ervaren.

\* Fysiotherapeut te Leidschendam.

## Terminologie; verstrekkende instanties

De adaptatie-technologie zal zich ten doel stellen door middel van technische voorzieningen en aanpassingen de onafhankelijkheid en de mogelijkheden van een gehandicapte te vergroten op alle denkbare gebieden.

Onder een technische voorziening is te verstaan: een artikel dat is ontworpen om te worden gebruikt voor instrumentele compensatie van de aanwezige functiebeperking. (Projectgroep Zintuiglijk en Orgaan Gehandicapten, 1980). Synoniemen voor het begrip technische voorzieningen zijn: voorzieningen, speciale technische voorzieningen, adaptaties, hulpmiddelen, medische hulpmiddelen, middelen, aanpassingen, kunst- en hulpmiddelen. Het is kenmerkend voor een nieuw vakgebied dat men vele synoniemen gebruikt met evenzovele definities. Er is tijd nodig voor een sanering van de terminologie.

De Projectgroep Zintuiglijk en Orgaan Gehandicapte heeft berekend dat in Nederland in 1980 voor 440 miljoen gulden is verstrekt aan technische voorzieningen ten behoeve van gehandicapten. Het is niet mogelijk vast te stellen hoeveel door gehandicapten en hun directe omgeving zelf wordt aangeschaft. De verstrekking is in handen gelegd van de bedrijfsverenigingen met de GMD, die hierover adviseert. Verder worden kunst- en hulpmiddelen door de ziekenfondsen verstrekt in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet