

# Het werk van de „sociale” revalidatie en het belang hiervan voor de huisarts

DOOR G. J. HERINGA, ARTS TE LAREN

Het werk van de „sociale” revalidatie bestaat uit het in multidisciplinair (multifunctioneel) verband adviseren tot het nemen en uitvoeren van maatregelen, die beogen een gehandicapte te brengen tot een optimale levensontplooiing. Het belang hiervan voor de huisarts is dat hij, door deze activiteit bij zijn werk voor de gehandicapte te betrekken, diens mogelijkheden in het leven kan vergroten, zodat de gehandicapte een bruikbaar, hoopvoller en gelukkiger mens wordt.

*Benadering van het begrip revalidatie.* Revalidatie is een vaag begrip. De sociale revalidatie staat niet op zichzelf, maar is op een of andere wijze betrokken bij de medische revalidatie. Revalidatie moet worden beschouwd als een geheel, waaraan verschillende aspecten zijn te onderscheiden: het medische aspect („medical rehabilitation”), het arbeids- en onderwijsaspect („vocational and educational rehabilitation”) en het maatschappelijk-werkaspect („social rehabilitation”). De term „medische revalidatie” is tot een modewoord geworden. Ruim geïnterpreteerd wordt hieronder verstaan het totaal aan medische handelingen dat ten aanzien van een patiënt wordt verricht. Stellig moet het medische handelen van de aanvang af zijn gericht op revalidatie.

Het in een behoorlijke algemene conditie houden van de patiënt, het voorkómen van complicaties zoals bijvoorbeeld decubitus, spitsvoeten en „frozen shoulder” vormt, bij patiënten die om welke reden dan ook een langdurig ziekbed hebben, een integrerend deel van de moderne medische behandeling door huisarts of specialist. Hieronder moet men ook rekenen de aandacht welke de huisarts aan zijn patiënt besteden in psychologisch, geestelijk en verpleegkundig opzicht, afgezien van het feit of hij zulks alleen doet of in samenwerking met zijn „home-team”. Een en ander geldt, mutatis mutandis, ook voor de klinische specialist die met de hulpkrachten in het ziekenhuis samenwerkt ter vervolmaking van de medische behandeling. Deze medische behandeling tezamen met de paramedische hulp die aan de patiënt wordt verstrekt, zoals fysiotherapie, bezigheidstherapie en medisch-maatschappelijk werk — dit alles gericht op een maximaal somato-psychisch functioneren — kan medische revalidatiebehandeling worden genoemd. (Hier spreekt men ook wel over de revalidatie van het „gebrek”). Komt de patiënt, die in

zijn sociale situatie aangepast functioneerde voordat de „ziekte” waarvoor hij moest worden behandeld zich manifesteerde, door de bovengenoemde behandeling tot een dusdanig herstel dat de handhaving van de status quo ante mogelijk is, dan is deze revalidatiebehandeling voldoende.

Bij de gehandicapte, die tevoren niet optimaal functioneerde en bij de patiënt, zieke of gewonde, bij wie de medicus op goede gronden oordeelt dat voldoende herstel tot handhaving van het vroegere evenwicht in de eigen situatie niet zal kunnen worden verkregen, is revalidatie toch nodig om te bereiken dat een optimaal functioneren in een nieuw evenwicht op zo hoog mogelijk niveau wordt bewerkstelligd.

Deze revalidatie, die moet worden gezien als een dynamisch gebeuren, is een activiteit die berust op samenwerking van deskundigen uit de medische sector met deskundigen uit de andere sectoren van de revalidatie. Een dergelijke activiteit wordt ook wel sociale revalidatie genoemd. Hoewel medische revalidatie en sociale revalidatie wel kunnen worden onderscheiden, dienen zij niet te worden gescheiden. De deskundigen uit de medische sector en die uit de andere sectoren zullen in onderlinge samenwerking met een gelijkwaardige inspraak in het geheel van de revalidatie het gehele complex van hun activiteiten op elkander moeten afstemmen. Hierbij is de opzet een gehandicapte in een voor hem optimale lichamelijke, psychische en maatschappelijke situatie te brengen, zodat het hem (haar) mogelijk wordt in verdere zelfontplooiing een zo volwaardig mogelijke plaats in de samenleving in te nemen. \*

*Sociale revalidatie.* De titel van dit artikel suggereert dat er één vorm of organisatie voor sociale revalidatie voorhanden zou zijn. Zulks is niet het geval. Wel is het zo, dat in de regel onder „de” sociale revalidatie de provinciale organisatie voor de revalidatie wordt verstaan. \*\*

\* Modificatie van de Weense definitie van revalidatie, zoals deze voorkomt in het artikel over de revalidatie van de hartpatiënt in het aprilnummer van het tijdschrift Arts en Sociale Verzekering 1967.

\*\* Sociale revalidatie wordt hier en daar verricht door en vanuit de medische revalidatie-centra met behulp van het in teamverband aantrekken van dezelfde deskundigen uit de andere sectoren als die in de regionale revalidatie-adviesteams worden aangetroffen. Een en ander is slechts te realiseren op beperkte schaal en het is de vraag of in een dergelijk geval de vertegenwoordigers van de niet-medische facetten van de revalidatie voldoende inspraak krijgen.

\* Provinciaal arts voor de revalidatie in Noord-Holland.

Aan de huidige organisatie van de revalidatie ligt de erkenning ten grondslag dat een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. De deskundige op een bepaald gebied is zich bewust geworden van het feit dat hij op andere terreinen dan het zijne over onvoldoende competentie beschikt, aangezien met het gecompliceerder worden van de samenleving, ook daar een verdere specialisatie is opgetreden. De consequenties hiervan zijn voor de revalidatie van verstrekende aard: het onderlinge beraad en het beleid ten aanzien van de te verrichten activiteiten dienen in teamverband te geschieden; alleen op deze wijze kan worden gewaarborgd dat alle aspecten van de revalidatie voldoende worden belicht.

Toen dan ook vanaf het jaar 1951 respectievelijk in alle provincies in Nederland een Provinciale Stichting voor de Revalidatie werd gevormd — een stichting die tot taak kreeg te coördineren, te stimuleren en voor te lichten met betrekking tot de revalidatie-activiteiten in de ruimste zin des woords — werd naast de coördinatie inzake algemene revalidatie-activiteiten de vorming van regionale revalidatie-adviesteams (R.R.A.T.'s) ter hand genomen ter verbetering van de revalidatie-zorg ten behoeve van de individuele gehandicapte. Verspreid over het gehele land functioneren meer dan honderd van dergelijke R.R.A.T.'s onder auspiciën van de Provinciale Revalidatie-Stichtingen. In dit algemene organisatiepatroon vormt de gemeente Amsterdam als het ware een eiland. De sociale revalidatie valt daar volledig onder de bevoegdheid van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.). Ten aanzien van de steden Rotterdam en Den Haag kan worden gesteld dat hier het verband met het provinciale revalidatie-werk aanzienlijk losser is dan elders het geval is. In opzet zijn de teams — voor het gebied van elk arbeidsbureau één — bedoeld om een gespreksforum te vormen voor multidisciplinair beraad. Het gaat hier om een trefpunt van deskundigen en sleutelfiguren uit een regio, een werkcommissie om in gecoördineerd verband deeltaken tot uitvoering te brengen ten aanzien van de revalidatie.

\* \* \*

In het kader van dit artikel is het niet mogelijk de ontwikkeling van deze organisatie voor sociale revalidatie in detail te bespreken. De werkwijze, de mate van zelfstandigheid ten opzichte van de Provinciale Revalidatie-Stichting en de samenstelling van de teams zijn per provincie en per regio nogal uiteenlopend. Diverse factoren zijn van invloed geweest op deze ontwikkeling. Ook thans wordt nog steeds gediscussieerd over wat de beste wijze van werken is om de patiënt of de gehandicapte de gunstigste kansen voor revalidatie te bieden.

Het is denkbaar dat de huisarts, die kennis neemt van de beschreven opstelling van een Regio-

naal Revalidatie-Advies Team (*bijlage 1*) vrees voelt opkomen dat zijn patiënt (gehandicapte) — die overigens zelden zelf wordt uitgenodigd — door het aanvoeren van zoveel „zwaar geschut” in de verdrukking wordt gebracht. Het werken in teamverband heeft zowel voor- als nadelen. Het verschil in waardering bij het afwegen van de diverse deelactiviteiten heeft bovendien geleid tot diverse werkmethoden in de verschillende provincies. Als voordelen van het werken in teamverband kunnen worden genoemd: de praktische mogelijkheid om over een groot aantal „cliënten” met een zeer gedifferentieerde problematiek, periodiek met de benodigde deskundigen en uitvoerders overleg te plegen. De meeste teams komen eenmaal per maand samen. Een ander voordeel is, dat er controle bestaat op de gemaakte vorderingen, terwijl tevens wordt nagegaan of ieder zich bepaalt tot zijn eigen werkterrein. Als voordelen kunnen ook worden aangemerkt het aankweken van een op revalidatie gericht denken en het stimuleren van de oriëntatie wat betreft de vele mogelijkheden op de verschillende gebieden van de revalidatie.

Uit de samenstelling van de R.R.A.T. blijkt, dat geen enkele groep van gehandicapten is uitgesloten van de mogelijkheid dat de Provinciale Revalidatie-Stichting zich met zijn problemen bemoeit. Er is hierbij immers geen sprake van een categoriaal revalidatie-team. Er zijn vele patiënten die wel in aanmerking komen voor revalidatie, maar bij wie deze revalidatie — ook de sociale — voor een groot gedeelte wordt gerealiseerd buiten de activiteiten van de R.R.A.T.'s. Hiervan zijn de volgende voorbeelden te geven: geestelijk gestoorden die worden verzorgd door de sociaal-psychiatrische diensten; geestelijk gehandicapten met wie de pedagogische voor- en nazorg bemoeienis heeft; zintuiglijk gehandicapten; werknemers die ressorteren onder de zorg van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.); patiënten, lijdende aan reumatische ziekten die onder behandeling of onder controle zijn van een speciale sociale „reumadienst”; bejaarden, indien er een goed functionerende, sociaal-geriatrische dienst bestaat. Van de genoemde categorieën komen slechts die vertegenwoordigers binnen het bereik van de coördinerende bemoeienis van een R.R.A.T., bij wie de problematiek, in de regel door meervoudige handicaps, op diverse terreinen blijkt te liggen. Per provincie bestaan er verschillen ten aanzien van de mate waarin de bovengenoemde organisaties binnen het coördinerende verband van de Provinciale Revalidatie-Stichting kunnen worden betrokken.

*Huisarts en sociale revalidatie.* Zoals in het voorafgaande reeds werd vermeld moeten hierbij drie facetten worden onderscheiden: coördineren, stimuleren en voorlichten. Ten aanzien van de coördinatie, zowel in algemene zin als wat betreft de revalidatie-patiënt, kan worden gesteld dat het antwoord op de volgende vragen van belang is. Wat kan het multidisciplinaire teamwerk op het ge-

Bijlage 1

Een lijst van leden die in een R.R.A.T. kunnen worden aangetroffen

	Provinciaal	Regionaal	Lokaal
Vrijwel in elk team	Arts-coördinator/ Sociaal-geneeskundige van de revalidatie  Adviseur maatschappelijk werk (in sommige provincies)  Buitendienst-ambtenaar van het arbeidszorgbureau Actio Vincit Omnia (A.V.O.)	Bijzondere bemiddelaar Gewestelijk Arbeidsbureau  Districtsverpleegster van de revalidatie	Ambtenaar Gemeentelijke Sociale Dienst
In niet alle teams	Onderwijsdeskundige (alleen nog maar in Utrecht)  Consulent Ministerie van Sociale Zaken (complementaire arbeidsvoorzitter) Ambtenaar van het Ministerie Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk	Revalidatie-specialist  Psychiater of/en verpleegster Sociale Psychiatrische Dienst (Stichting Geestelijke Volksgezondheid)  Maatschappelijk werk Sociaal Pedagogische Dienst (voor- en nazorg zwakzinnigen)	G.G. en G.D.-arts Bedrijfsarts of directeur van de beschutte werkplaats  Revalidatie-specialist
Soms ad hoc uitgenodigd		Arts of arbeidsdeskundige bedrijfsvereniging en Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.)	Huisarts Bedrijfsarts Maatschappelijk werker (Patiënt)

De samenstelling van het in sommige provincies functionerende of in ontwikkeling zijnde Provinciale Kern-team is als volgt:

Coördinator Prov. Stichting voor de Revalidatie  
Sociaal-geneeskundige (voor de revalidatie)  
Maatschappelijk-werk adviseur

Onderwijsdeskundige  
Ambtenaar bijzondere bemiddeling (van het Gewestelijk Arbeidsbureau)

Eventueel aan deze nog toegevoegd:

Districtsverpleegster revalidatie  
Sociaal-psychiater  
Buitendienst ambtenaar van de A.V.O.

voorzitter  
medische sector  
maatschappelijk  
werk sector  
onderwijssector  
arbeidssector

De taak van het Kern-team is om de aangemelde patiënten te selecteren en het voorbereidende werk te doen ten dienste van de Regionale Revalidatie Advies Teams.

bied van de revalidatie voor de patiënt zelf betekenen?

Welke weg moet de huisarts bewandelen om het revalidatie-team in zijn werk te betrekken?

Welke vorm zal de samenwerking tussen hem en het revalidatie-team aannemen?

Wat betreft de betekenis voor de patiënt zelf kan worden gesteld dat zulks in hoofdzaak een kwestie is van perifeer coördineren. De aanmeldingen voor sociale revalidatie van gehandicapten komen van zeer verschillende zijden, in feite van diverse personen, instanties en organisaties die werkzaam zijn in een der vier sectoren die bij de revalidatie zijn betrokken. Hierbij kunnen worden genoemd: arbeidsbureaus en wat dies meer zij uit de sector arbeid; bijzondere scholen en dergelijke uit de sector onderwijs; sociale diensten en instanties voor maatschappelijk werk uit de sector maatschappelijk werk en revalidatie-centra en daarmee vergelijkbare instellingen uit de medische sector. Onder de laatstgenoemde groep ressorteren ook de huisartsen en andere medici die de patiënten aanmelden.

Vanuit het standpunt van de huisarts gezien is de situatie dus deze dat hij zelf patiënten aanmeldt die voor sociale revalidatie in aanmerking komen, terwijl anderen zulks eveneens doen. Het aantal patiënten, bij wie de huisarts zelf problemen aanwezig acht die revalidatie gewenst maken (groep a) is slechts een fractie van het aantal patiënten dat door anderen wordt aangemeld (groep b). Bij de patiënten die onder laatstgenoemde groep ressorteren zijn een aantal personen, ten aanzien van wie de huisarts vooraf op de hoogte is gebracht van de aanmelding bij de „revalidatie”, terwijl hij bovendien met deze aanmelding akkoord is gegaan. Dit betreft speciaal aanmeldingen vanuit de medische sector. Bij een groot aantal patiënten uit deze groep b vindt echter aanmelding plaats buiten medeweten van de huisarts. Het is mogelijk dat deze zich dan gefrustreerd voelt door het feit, dat anderen zich bemoeien met de sociale en medisch-sociale (zelfs zuiver medische) problemen van zijn patiënt, terwijl hij dit zelf overbodig achtte. Het kan ook zijn, dat hij het gevoel heeft dat hij is tekort geschoten ten aanzien van het persoonlijk op gang brengen van revaliderende maatregelen of wat betreft het aanmelden van de patiënt voor revalidatie. Een goede communicatie en onderlinge verstandhouding tussen de sociaal-geneeskundige voor de revalidatie enerzijds en de huisarts anderzijds, ondersteund door contacten betreffende patiënten uit groep a zal in de regel tot gevolg hebben dat eventuele frustraties wat betreft de bemoeienissen met personen uit groep b worden opgeheven.

Hetgeen in feite door de deelnemers in het multidisciplinaire teamverband voor de patiënten uit beide bovengenoemde groepen kan worden gedaan is het bestuderen van de volgende negen aspecten, die bepalend zijn voor het adequaat functioneren van de patiënt:

het medische aspect;

het verpleegkundige aspect en de A.D.L. („activities of daily living”);

het maatschappelijke aspect; hierbij gaat het in belangrijke mate om het micromilieu dat wil zeggen de gezinssituatie;

het arbeidsaspect;

kwesties van onderwijs en opleiding;

het financieel-economische aspect, waaronder tevens ressorteert de sociale verzekering;

de huisvesting;

vervoersproblemen en

de recreatie, waaronder kan worden begrepen sport, ontspanning, vakantie en diverse bezigheden.

Al deze aspecten moeten worden beschouwd in hun onderlinge relatie. Het zal duidelijk zijn dat niet altijd alle negen aspecten van betekenis zijn. Hierbij kan worden aangetekend dat in de praktijk bijna steeds een „voorbewerking” plaats vindt door de sociaal-geneeskundige voor de revalidatie. Deze moet benevens zijn deskundigheid op (sociaal)-medisch gebied ook een oriëntatie bezitten op het terrein van elk van de genoemde aspecten, teneinde een integraal denken en handelen ter zake revalidatie te bereiken. In dit verband heeft de sociaal-geneeskundige ook de belangrijke taak zich in eerste instantie een indruk te vormen wat betreft de revalideerbaarheid van de gehandicapte en daaromtrent advies uit te brengen, met name ook aan de huisarts. Na deze voorbereidende arbeid, die in enkele provincies wordt verricht in samenwerking met een zogenaamd provinciaal kern-team (zie bijlage), volgt dan zo nodig in het R.R.A.T. verder beraad en wat dies meer zij.

Het multidisciplinair beraad heeft tot gevolg dat er een lijn wordt uitgestippeld, mogelijk ietwat eufemistisch aangeduid als het revalidatie-plan, waarlangs men tracht te komen tot de „lichamelijke, psychische en maatschappelijke situatie, waardoor het de gehandicapte mogelijk wordt in verdere zelfontplooiing een zo volwaardig mogelijke plaats in de samenleving in te nemen”. Zulks gaat gepaard met nader overleg buiten de eigen kring, met het zich oriënteren over de verschillende mogelijkheden, met het inwinnen en geven van adviezen en met het ten uitvoer leggen van de deeltaken. Indien de bovengenoemde optimale situatie is bereikt staakt het team zijn activiteiten. Aan het einde van deze revalidatie-periode, die in feite — ook voor de patiënt — een „ontwikkelings”proces is hetwelk soms vele maanden in beslag neemt, wordt dikwijls vastgesteld of iemand de gerevalideerde verder als het ware onder controle moet houden. Is zulks het geval dan wordt tevens bepaald wie deze vorm van nazorg voor zijn of haar rekening moet nemen, de wijkverpleegster, de maatschappelijke werkster, de Actio Vincit Omnia (A.V.O.)-ambtenaar, de sociaal-pedagoog of iemand anders. Bij het beraad over en de uitvoering van de deeltaken worden in wisselende mate ook de huisartsen betrokken.

De wijze waarop de huisarts het revalidatie-team

wil inschakelen ten behoeve van een patiënt of een gehandicapte zal afhankelijk zijn van de aard van de problematiek welke hij meent te onderkennen. Indien hij constateert dat er sprake is van ingewikkelde problemen, kan hij hierover rapporteren bij de Provinciale Revalidatie-Stichting, die een overkoepelende organisatie vormt. Hij kan ook rapport uitbrengen aan de Sociaal-Geneskundige Dienst, medische sector. In vele gevallen zal de huisarts telefonisch contact opnemen met de sociaal-geneeskundige, teneinde het gesignaleerde probleem te bespreken. Daarbij blijkt dan of dit probleem een multidisciplinaire aanpak wenselijk maakt of dat de moeilijkheden uitsluitend op sociaal-geneeskundig dan wel op sociaal-verpleegkundig terrein liggen. Wat dit betreft kan de districtverpleegster, werkend in het kader van de revalidatie, met haar specifieke kennis op het gebied van verpleging, hulpmiddelen en revalidatiemogelijkheden een grote steun vormen voor de huisarts. Een andere mogelijkheid is dat de huisarts zich telefonisch in verbinding stelt met het bureau in de provincie waar hij woont. Daar kunnen dan de nodige administratieve voorbereidingen worden verricht, terwijl van daar uit eveneens de gewenste informatie kunnen worden verschaft en de noodzakelijke contacten kunnen worden gelegd.

In de als *bijlage 2* afgedrukte lijst zijn opgenomen de bureaus, adressen en telefoonnummers van de Provinciale Revalidatie-Diensten in alle provincies, voorts de namen van de coördinatieleiders en die van de sociaal-geneeskundigen, tenslotte de aantallen districtsverpleegsters en de aantallen R.R.A.T.'s. Hierbij kan nog worden aangetekend dat, indien aan de Provinciale Revalidatie-Stichting alleen een arts-coördinator is verbonden, deze ook optreedt als sociaal-geneeskundige voor revalidatie. De apart vermelde sociaal-geneeskundigen werken in het kader van de Provinciale Kruisorganisaties.

De communicatie met de huisarts en het samenspel van de revalidatie-teams en de sociaal-geneeskundige voor de revalidatie is geen eenvoudige zaak. Bij een andere opzet van de sociale revalidatie, waarbij het revalidatie-team een uitbouw zou moeten zijn van het „home-team”, zou er geen sprake zijn van communicatieproblemen. \* In principe is een dergelijke opzet, voor zover schrijver dezes bekend, nagestreefd door de provinciale arts voor de revalidatie in de provincie Drenthe. Bij een dergelijke wijze van werken zou een bruikbare manier moeten worden gevonden om de provinciale en regionale deskundigen, die voor het geven van adviezen en de uitvoering daarvan onontbeerlijk zijn, bij dit „home-team” te betrekken. In de praktijk gelukte zulks tot dusver niet naar wens en de

\* Deze gedachtengang sluit aan op hetgeen Barneveld heeft uiteengezet ten aanzien van „Ervaringen van een huisarts met werken in teamverband”. (1967) huisarts en wetenschap 10, 180.

ontwikkeling op de meeste plaatsen in ons land geeft te zien, dat het team van de huisarts, wijkverpleegster en eventueel maatschappelijk werker enerzijds en het revalidatie-team anderzijds onafhankelijk van elkander werken. \*

Er is voor deze gang van zaken meer dan een reden aan te wijzen. De leden van de revalidatie-teams moesten gezamenlijk vele, soms te veel, patiënten bespreken en zij werden daardoor gedwongen zulks periodiek en op bepaalde vaste plaatsen te doen. Niet alle huisartsen waren in het verleden revalidatie-„minded” en evenmin waren zij allen doordrongen van het belang van de sociale revalidatie in teamverband. Ook thans is zulks nog niet steeds het geval. Hierbij komt nog dat vele huisartsen, als gevolg van tijdgebrek, niet in staat zijn telkens deel te nemen aan de onderlinge besprekingen, die nu eenmaal veel tijd kosten. Dit bezwaar geldt eveneens wat betreft het betrekken van de huisarts in de periodieke besprekingen van de revalidatie-teams.

Terwijl enerzijds thans in het algemeen wel wordt erkend dat tengevolge van steeds verdergaande specialisatie en taakverdeling meer zaken in teamverband moeten worden verricht, kan anderzijds worden gesteld dat de tijd die benodigd is voor de communicatie, niet in het arbeidsschema wordt ingecalculeerd. Dit is een betreurenswaardig aspect van het leven in onze huidige maatschappij, want onderlinge communicatie is een essentiële voorwaarde voor het slagen van team-activiteiten. Het gesignaleerde euvel treedt ook op ten aanzien van de communicatie tussen de deelnemers aan de provinciale revalidatie-activiteiten en degenen, die arbeiden in de medische behandelingssector, met name de huisartsen. In hetgeen volgt wordt beschreven welke pogingen in Noord-Holland werden ondernomen om te trachten wat dit betreft de communicatie te verbeteren.

Zodra een patiënt of gehandicapte bij de Provinciale Revalidatie-Dienst (dat is de sociaal-medische sector van de Provinciale Organisatie voor de Revalidatie) door iemand anders dan de huisarts wordt aangemeld, wordt de huisarts van de gehandicapte hiervan schriftelijk in kennis gesteld. Zulks geschiedt niet indien de aanmelding afkomstig is van een medische specialist of van een revalidatiecentrum, of indien uit het medische rapport blijkt, dat de huisarts van deze melding reeds afwist. Indien aan de huisarts wel bericht wordt gezonden, wordt hierin medegedeeld welke patiënt het betreft, door wie de aangifte werd gedaan en wat de problemen zijn. De huisarts wordt ervan in kennis gesteld dat contact zal worden opgenomen met de betreffende patiënt door de sociaal-geneeskundige en/of de districtsverpleegster. In vele gevallen wordt tevens bericht dat medische informatie van

\* Men zou hierbij kunnen spreken van de revalidatie als tweede echelon. Wat dit betreft moge worden verwezen naar het artikel van De Vries: De plaats van de huisarts in de Wijkgezondheidszorg. (1967) T. Soc. Geneesk. 45, nummer 10.

de zijde van de huisarts zeer op prijs zal worden gesteld. Veelal wordt door de sociaal-geneeskundige en soms ook door de huisarts telefonisch contact opgenomen alvorens het revalidatie-probleem in het multidisciplinair overleg ter tafel wordt gebracht. Van de teamvergaderingen van de revalidatieteams worden notulen gemaakt. Deze worden steeds aan de huisarts toegezonden, zodat hij op de hoogte blijft van het beraad, de verstrekte adviezen en de genomen besluiten, terwijl hij tevens wordt geïnformeerd ten aanzien van de maatregelen die worden getroffen. Op deze wijze is de

huisarts in de gelegenheid op een en ander te reageren. Soms is bij deze gang van zaken tussentijds beraad met de huisarts nodig.

De communicatie met de huisarts verloopt wat moeilijker indien — en dit is geen uitzondering — de bemoeienissen met een gehandicapte beperkt blijven tot inmenging van de sociaal-geneeskundige en van een of andere dienst of instelling. In een dergelijk geval vindt geen multidisciplinaire bespreking plaats. Het aan de huisarts zenden van afschriften van de gevoerde correspondentie is veelal voldoende om de ontstane leemte op te vul-

*Bijlage 2 \**

Provincie	Bureau	Coördinatie-leider	Sociaal-Geneeskundige	Aantal districts-verpleegsters	R.R.A.T.
Groningen	Groningen Gorechtkade 8 05900-31336	M. de Vries Arts/coördinator (tijdelijk)	Wnd. K. J. van der Hoek	1	9
Friesland	Leeuwarden Zuidvliet 34 05100-22221	Mevr. G. S. Volkers Arts/coördinator (tijdelijk)	Geen	1	10
Drente	Assen Stationsstr. 11 05920-2047	Vacature Arts/coördinator	Geen	1	5
Overijssel	Enschede Haaksbergerstr. 60 05420-15918	L. F. Roodenburg Arts/coördinator	Geen	2	8
Gelderland	Arnhem Sonsbeekweg 8 083-20083	A. J. Goedhard Arts/coördinator	W. L. Nolke (Groene Kruis) Vacature (Wit-Gele Kruis) Vacature (Or. Groene Kruis)	3	11
Utrecht	Utrecht Catharijnesingel 73 030-23831	J. H. Leusink Arts/coördinator	Mej. P. Rodenburg	2	7
Noord-Holland	Haarlem Frans Halsstraat 1 023-64036	Drs. H. M. G. J. van der Ven	D. van Leeuwen G. J. Heringa	6	18
Zuid-Holland	Den Haag Anna Paulownastr. 52 070-655216	F. R. Worisek Arts/coördinator	F. F. J. Lingen	3	10
Zeeland	Middelburg Bogardstraat 7 01180-3069	Mr. C. A. Erdman Coördinator	Dr A. L. de Groot	1	6
Noord-Brabant	Tilburg Gasthuisring 37 04250-31014	W. B. Camoenië Arts/coördinator	Geen	14	16
Limburg	Roermond Swalmerstraat 44 04750-5355	B. Krol Arts/coördinator	Geen	—	1

\* Ter algemene oriëntatie inzake revalidatie-activiteiten in den lande kan dienen het tweejaarlijks door de Nederlandse Centrale Vereniging voor Revalidatie (Stadhouderslaan 142, Den Haag) uitgegeven Revalidatie-Jaarboek. Het is aldaar te bestellen.

len, zelden wordt een speciaal bericht aan de huisarts gestuurd. De hierboven beschreven vorm van communicatie kan zeker niet ideaal worden genoemd. Er zal aan dit punt nog veel aandacht moeten worden besteed in overeenstemming met het streven de huisarts intensiever te betrekken bij de revalidatie van zijn patiënten door zijn denken meer op deze revalidatie te richten.

De verdere mogelijkheden van de Provinciale Organisatie voor Revalidatie ten aanzien van het werk van de huisarts hebben betrekking op stimuleren en voorlichten. Ook in deze beide opzichten kan de sociale revalidatie een en ander voor de huisarts betekenen. Realiseren van een betere communicatie werkt reeds stimulerend, omdat de huisarts meer bij de revalidatie van zijn patiënt blijft betrokken. Het contact heeft ook een voorlichtende functie, omdat de huisarts op deze wijze ervaring opdoet met de mogelijkheden en de resultaten van de revalidatie. Voor zover de voorlichting en stimulatie betrekking hebben op de sociale revalidatie, geschiedt zulks door de sociaal-geneeskundige, die immers in dit kader werkzaam is. Het moet worden gezegd dat de mogelijkheden op dit terrein nog te weinig worden benut. Voor de patiënt is het ongetwijfeld van groot belang dat zijn huisarts aan deze zogenaamde „tertiaire preventie” de nodige aandacht besteedt, dat hij bekend raakt met de wegen welke kunnen worden bewandeld en dat hij zodoende in staat is zich ook zelf te wijden aan de „rehabilitation-care”; de revalidatie„cure” kan hij dan, in onderling overleg, overlaten aan de klinische revalidatie-specialist, het revalidatie-centrum of de sociale revalidatie, waar en voor zover nodig in samenwerking met elkander.

Vele gehandicapten komen eigenlijk in een te laat stadium onder de aandacht van de bij de revalidatie betrokken deskundigen. Ook voor de reactivering van gehandicapte bejaarden geldt, dat de resultaten van zowel medische als sociale revalidatie beter zouden kunnen zijn indien ook de huisarts meer revalidatie-„minded” was geweest. In het algemeen geldt, dat meer zou kunnen worden bereikt indien de huisarts de consequenties van de desintegratie van de verschillende leefsfere van gehandicapten zou hebben voorzien, de mogelijkheden tot herstel hiervan a priori zou hebben gekend en in een vroeger stadium dan thans vaak het geval is de patiënt-gehandicapte had geleid en begeleid naar de ter zake deskundigen.

In het werk van de Provinciale Revalidatie-Dienst komt de adviserende functie van de sociaal-geneeskundige en/of districtsverpleegster duidelijk naar voren. Telkenmale wordt door artsen de vraag gesteld: „Wat moet ik in dit geval beginnen?” Ook door andere werkers in de gezondheidssector en eveneens door gehandicapten zelf of door hun familie wordt deze vraag gesteld. Het komt mij voor,

dat een belangrijk punt van discussie kan worden gevormd door de vraag of het gewenst is een adviesbureau te organiseren inzake revalidatie. Zulks niet om de revalidatie te verrichten, maar wel om de mogelijkheden voor de gehandicapte te vergroten en te bevorderen dat de juiste wegen worden bewandeld om het beoogde doel te bereiken.

De sociale revalidatie kan stellig van veel belang zijn voor de huisarts wat betreft de voorlichting over de revalidatie. Tengevolge van tijdgebrek is de taak die hier voor de sociaal-geneeskundige is weggelegd, nog nauwelijks geëntameerd. Het is gewenst dat er in de toekomst wegen zullen worden gevonden om de hier bedoelde voorlichting verder uit te bouwen. Reeds is gebleken, dat de behoefte hieraan bij de huisartsen groeiende is. Door publicaties in de vakpers kan de hier bedoelde voorlichting eveneens worden verstrekt. Dit artikel wil hiertoe een bijdrage leveren.

Een andere wijze van voorlichting van de zijde van de sociale revalidatie moet kunnen worden gerealiseerd door het voeren van gesprekken tussen enerzijds de sociaal-geneeskundige voor de revalidatie en anderzijds groepen huisartsen. Wellicht zullen in het kader van de revalidatie-cursus, die het Nederlands Huisartsen-Instituut voor huisartsen gaat organiseren, in dit opzicht mogelijkheden worden gevonden. De voorlichting zal onder meer moeten worden afgestemd op het verschijnsel dat de huisarts die een gezin begeleidt waarvan een gehandicapt geworden patiënt deel uitmaakt, in die relatie als het ware meegroeit naar de, tengevolge van het de mens eigen aanpassingsvermogen, ontstane nieuwe evenwichtstoestand. Hij zal de situatie dan niet meer zien als één, waarin met revalidatie het niveau van gehandicapte en gezin zou kunnen worden verhoogd. Ook bij die gehandicapten, bij wie met medische behandeling, mede van de specialistische geneeskunde, geen niveauverhoging is te bereiken, blijft de huisarts als gezinsarts betrokken. In die gevallen zijn er veelal wel mogelijkheden op het terrein van de sociale revalidatie, waarbij dan — afhankelijk van de plaatselijke situatie en van de aard van de problematiek — ook de klinische revalidatie-specialist en/of het revalidatie-centrum kunnen worden betrokken. Zulks bijvoorbeeld in verband met revalidatie-technische adviezen, zoals ten aanzien van het aanschaffen van een rolstoel, van hulpmiddelen, het oplossen van vervoersproblemen en het aanpassen van de accommodatie in huis.

Het stimuleren van de revalidatie-„care” bij de huisarts zal er belangrijk toe bijdragen dat de gehandicapten de mogelijkheden, welke de sociale revalidatie kan bieden, deelachtig worden. Indien dit kan worden gerealiseerd zal de huisarts werkelijk in staat zijn zijn aandeel te leveren wat betreft de revalidatie van zijn patiënten.