

De historie van de revalidatiecentra in Nederland

Dit artikel beschrijft de geschiedenis van de ontwikkeling van de revalidatiecentra in Nederland, wat leidt tot de erkenning van revalidatiegeneeskunde als medisch specialisme en de oprichting van de Nederlandse Vereniging van Revalidatie Artsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN). Verder geven de auteurs in dat licht een beschouwing van de huidige tijd en hun visie voor de toekomst.



H. (HUUB) VOSSEN PT MMT

Revalidatiefysiotherapeut, master manueel therapeut Revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee. Publicist Stichting Geschiedenis Fysiotherapie (SGF)

DR. A. (ANTON) DE WIJER

Voorzitter Stichting Geschiedenis Fysiotherapie (SGF), Urk



CORRESPONDENTIE

h.vossen@heliomare.nl

Het oudste revalidatiecentrum in Nederland was Huize Kareol in Aerdenhout dat in 1940 werd opgericht als herstellingsoord (illustratie 1).¹ Daarnaast ontstonden militaire herstellingsoorden waarvan Bosch en Ven in Oisterwijk de eerste was en Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg de tweede (illustratie 2). Deze werd in 1946 opgericht om hulp te bieden aan militaire slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog.^{1,2,3} Burgerpatiënten met een handicap konden vanaf 1946 worden opgenomen op een speciale afdeling van het militaire hospitaal in Arnhem, waar aanvankelijk 10 en later 70 bedden beschikbaar waren voor burgerpatiënten.² Tevens was er speciale zorg voor gehandicapte verzetsstrijders (burgers) in Huize Kareol.¹

Het pionierswerk kwam van de eerste revalidatiearts in Nederland, dr J.E. van Gogh (1913-1987). Hij volgde de opleiding tot heilgymnast-masseur (1937) en in 1946 slaagde hij voor zijn artsexamen.² Dr. Van Gogh werd in 1945 opgeroepen voor de dienstplicht die hij in het Revalidatiecentrum Aardenburg te Doorn als revalidatiearts zou vervullen met de opdracht een revalidatiecentrum te starten naar Engels voorbeeld. Een van zijn leerlingen, Harry te Riele, omschreef Van Gogh als *de peetvader van de revalidatie in Nederland*.²



Illustratie 1. Huize Kareol in Aerdenhout in 1940.



Illustratie 2. Revalidatiecentrum Aardenburg in Doorn in 1946.



Illustratie 3. Revalidatiecentrum Huize De Hoogstraat.

Dit centrum, waar Van Gogh onder andere arbeidstherapie voor patiënten met een dwarslaesie als wel een beenamputatie ontwikkelde, werd al na enkele jaren uitgeroepen tot één van de beste in Europa.⁴

Een van de eerste definities van revalidatie was: *Revalidatie omvat alle maatregelen die gericht zijn op anatomisch en functioneel herstel, op het herstel van de arbeidsgeschiktheid en op herplaatsing in het arbeidsproces.*³ Deze definitie is afkomstig van dr. Piet Munten-dam, staatssecretaris van Sociale Zaken, en uitgesproken in 1950, bij de eerste steenlegging van revalidatiecentrum De Hoogstraat.⁵

TERUGKEER NAAR DE MAATSCHAPPIJ ALS VOORWAARDE VOOR DE REVALIDATIE

Toch ontlonen revalidatiecentra oorspronkelijk niet hun bestaansrecht aan *care* of *cure* maar aan de vraag vooral 'hoe patiënten uiteindelijk weer aan het werk te krijgen'. In 1946 werd daarvoor de *Raad voor herstel van de arbeidsgeschiktheid (RHA)* opgericht en werd advies gegeven over hoe revalidatiecentra gerealiseerd kunnen worden voor slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog.² Ook een polio-epidemie in 1956 speelde een grote rol om door te gaan met het ontwikkelen van nieuwe revalidatiecentra.

Dat Nederland in deze tijdsfase achterliep op de internationale ontwikkelingen was duidelijk. Er werd daarom besloten om twee subcommissies naar Engeland te sturen die daar *rehabilitation centres* gingen bestuderen. Deze commissies zochten uit hoe de bouw en inrichting van revalidatiecentra gestalte moest krijgen en hoe snel een landelijke organisatie van revalidatiecentra in Nederland van start zou kunnen gaan.

De RHA besliste in maart 1947 dat er meer revalidatiecentra moesten komen en in 1953 werd Huize De Hoogstraat (illustratie 3) opgericht dat voor het midden en noorden van het land ging functioneren. De Sint Maartenkliniek zou het zuiden van het land voorzien van revalidatiezorg.²

Aanvankelijk kwamen echter alleen militaire slachtoffers (WO II)



Illustratie 4. Verpleegkundigen waren de zorgprofessionals van het eerste uur in de revalidatie.



Illustratie 5. Oefenzaal (heilgymnastiek) in de begintijd van de revalidatie.

in aanmerking voor een revalidatiecentrum. Burgerpatiënten met een dwarslaesie kwamen zodoende tot 1949 niet in aanmerking voor opname in een revalidatiecentrum.

OPBOUW MULTIDISCIPLINAIR TEAM

In de revalidatiecentra zouden in aanvang verschillende disciplines, zoals verpleegkundigen en heilgymnast-masseurs, werkzaam zijn om in nauwe samenwerking patiënten te behandelen (illustratie 4 en 5).

Deze opzet had zowel voor- als nadelen. Het voordeel was dat de verschillende disciplines meer konden leren over elkaars vak en werkzaamheden, al was aanvankelijk nog geen sprake van de multi- en interdisciplinaire samenwerking zoals we die nu kennen. Een nadeel was het tekort aan medisch specialisten in het vak. Er bestond op dat moment nog geen opleiding tot revalidatiearts.

Langzaam ontstonden nieuwe disciplines binnen in de revalidatie. Naast de heilgymnast (later de fysiotherapeut) werd ook een arbeidstherapeut (later ergotherapeut genoemd) aangesteld (illustratie 6, 7 en 8).

Ter ondersteuning op het geestelijk vlak kwam in 1949 een leger- →



Illustratie 6. Ergotherapeut, pioniers in de revalidatie.

predikant naar het MRC Aardenburg, en in 1950 een aalmoezenier (later de pastor). Naarmate de inspanningen toenamen om passend werk te vinden voor de patiënten breidde het maatschappelijk werk zich uit. Later ontstonden in de revalidatie ook disciplines als psychologie, gevolgd door ergotherapie, logopedie, diëtiëk, bezigheidstherapie (later activiteitenbegeleiding genoemd), etc. Zo kreeg, door de veelheid van disciplines, het multidisciplinair werken steeds meer gestalte, waarbij verschillende behandelvisies moesten integreren tot een gezamenlijke aanpak. Het werken met een zorgplan en met vastgestelde multidisciplinaire zorgpaden waarin de patiënt als mens centraal staat deed zijn intrede, later gevolgd door richtlijnen en zorgstandaarden vanuit het diagnosegerichte werken.



Illustratie 7. Afdeling Ergotherapie in de begintijd van de revalidatie.



Illustratie 8. Heilgymnastiek doet zijn intrede in de revalidatie.

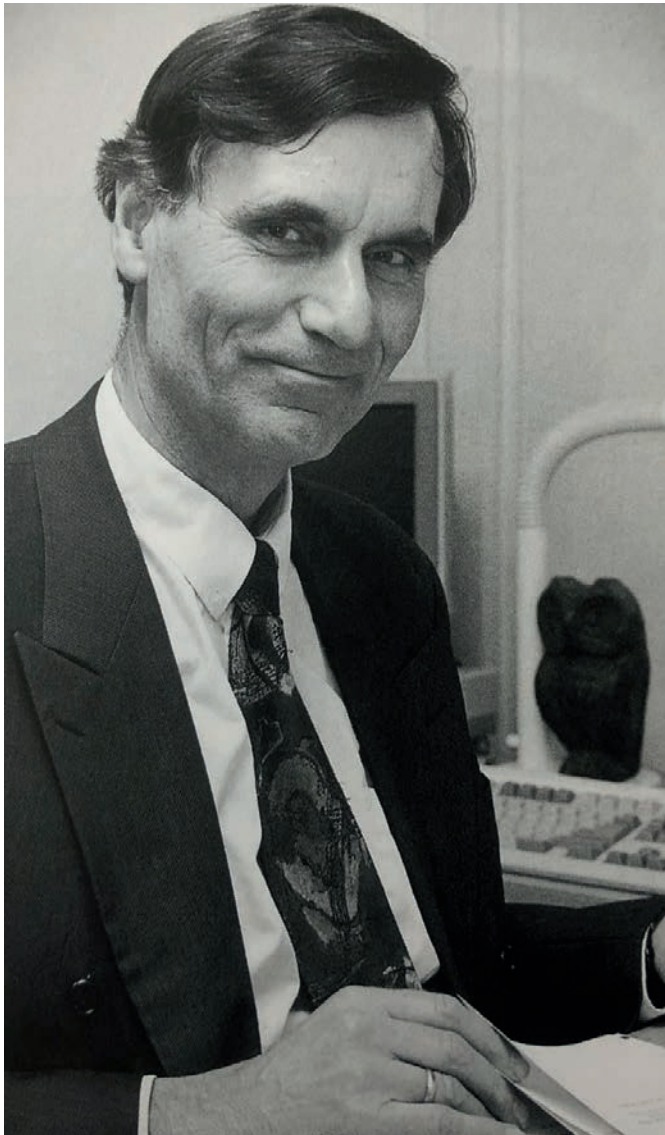
HOE GING HET VERDER IN DE REVALIDATIE?

Er is door de revalidatieartsen veel werk verzet om de revalidatiegeneeskunde officieel erkend te krijgen als medisch specialisme. In 1958 is dat gelukt en daarmee werd de revalidatiearts een medisch specialist. Er was in de medische wereld nog wel veel onbekendheid over wat er precies werd gedaan in de revalidatiegeneeskunde. Zo vertelde prof. dr. Arie Prevo, revalidatiearts in Heliomare (illustratie 9), in een interview dat hij van een medisch specialist eens een patiënt doorverwezen kreeg met het verzoek

om een rolstoel te repareren (er zat een schroef los). Hilarisch maar ook tekenend voor de onbekendheid, toentertijd, van het revalidatiedomein.

De revalidatiebranche groeide uit tot een breed werkveld mede door alle technologische ontwikkelingen (revalidatietechniek, prothesiologie), beroepsonderwijs, researchafdelingen, etc. Ook speelde de kinderrevalidatie (bijv. de Johanna Stichting in Arnhem als onderdeel van de gehandicaptenzorg) en mytylscholen een grote rol bij deze groei in de revalidatie.⁶

De revalidatieartsen organiseerden zich verder in een beroepsvereniging. In 1955 werd door de revalidatieartsen A.L. de Groot en J.J. Miedema de *Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Therapie* opgericht, nu de *Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)*. Hiervoor bestond de *Vereniging voor Physiotherapie*, waarvan zich de reumatologen hebben



Illustratie 9. Revalidatiearts prof. dr. Arie Prevo.



Illustratie 10. Vele geschiedenisboeken over de revalidatie in Nederland.

afgescheiden toen in 1955 de andere vereniging werd opgericht. Al snel werd het specialisme ook in de ziekenhuizen uitgeoefend, zoals door de VRA werd gestimuleerd, al duurde het tot in de jaren 90 voor alle ziekenhuizen in Nederland een afdeling revalidatiegeneeskunde hadden. In Rotterdam, Groningen en VUmc kwamen al snel hoogleraren revalidatiegeneeskunde. Door de groei en vele nieuwe ontwikkelingen in de revalidatiecentra en ziekenhuizen ontstond echter ook versnippering. Om hier structuur aan te geven werd in 1998 door ZonMw het eerste Programma Revalidatieonderzoek gestart om in samenwerking met de universiteiten revalidatieonderzoek te stimuleren, met als doel een kennisinfrastructuur op te zetten. Deze eerste aanzet leidde tot acht hoogleraren. Tevens kwamen er later o.a. pijnkenniscentra bij en gingen steeds meer professionals, waaronder ook bewegingswetenschappers, onderzoek doen in de revalidatie. Het tweede Programma Revalidatieonderzoek van ZonMw ging in 2006 van start en was gericht op het effect van interventies in de revalidatie en de werkingsmechanismen ten aanzien van revalidatie bij neuromusculaire aandoeningen en kinderrevalidatie, en de wetenschappelijke onderbouwing van de revalidatiebehandeling. Het aantal hoogleraren in de revalidatiegeneeskunde is mede hierdoor aanzienlijk gestegen. Inmiddels zijn de instellingen voor medisch specialistische revalidatie georganiseerd in *Revalidatie Nederland (RN)* met allen een eigen geschiedenis getuige de vele boeken die over de geschiedenis van de revalidatie en revalidatiecentra zijn verschenen (illustratie 10).

In 2007 liet RN een kosten-baten analyse opstellen van de revalidatiecentra in Nederland. De kosten van revalidatiebehandelingen in Nederland bedroegen in 2007 395 miljoen euro. Daartegenover stonden baten ter waarde van naar schatting 2,1 miljard euro, die voornamelijk bestonden uit een hogere kwaliteit van →

leven van de behandelde patiënten. Hoe mooi het ook klinkt, de zorgen voor de financiering van de revalidatie werden er niet minder om. Zo constateert RN in het strategische beleidsplan (2019): *Een eerste factor die van grote invloed is op de revalidatiesector wordt gevormd door de alsnog stijgende zorgkosten.*

WAT KUNNEN WE ERVAN LEREN?

Allereerst dat de revalidatie is ontstaan vanuit een maatschappelijke context (gevolgen van oorlog en epidemieën zoals polio) met als speerpunt om patiënten weer maatschappelijk te kunnen laten functioneren (arbeidsintegratie). Daarbij speelde de bekostiging van die revalidatie nauwelijks een rol. Nu lijkt het

Revalidatie is onvoorwaardelijk verbonden met maatschappelijke context

maatschappelijk belang om patiënten weer aan het werk te krijgen niet mee te spelen, door de marktwerking in de zorg. Slechts de kosteneffectiviteit is de belangrijkste drijfveer om te mogen bestaan. Daarin is niet opgenomen wat voor winsten het oplevert (besparingen bij ziekte, arbeidsongeschiktheid of werkeloosheid) als we patiënten weer aan het werk krijgen (betaald en onbetaald). Als deze maatschappelijke context, waar patiënten weer de eigen regie van hun leven oppakken, er onvoldoende bij betrokken wordt, dwaalt de revalidatiegeneeskunde af met het risico straks niet meer onderscheidend zijn van andere specialismes in ziekenhuizen en andere zorginstellingen zoals zorghotels en verpleeghuizen. Revalidatie Nederland en de VRA spelen hierop in en zien in 2019 nieuwe kansen voor de centra op het gebied

van aanvullende dienstverlening op de participatiedomeinen arbeidsrevalidatie, sportrevalidatie en speciaal onderwijs. Ook wordt door RN benadrukt dat arbeid onlosmakelijk verbonden is met medisch specialistische revalidatiezorg: *het gaat er immers om dat patiënten weer kunnen meedoen in de maatschappij.* Hiermee zijn we weer terug bij de allereerste missie van de revalidatie in 1946. In de revalidatie praten we graag over het ‘veranderend zorglandschap’ maar om hier ook goed op in te spelen moeten we wel goed bij onze leest blijven. Alleen maar *care* en *cure* bieden kan ook in een algemeen ziekenhuis (een revalidatiecentrum is een categoriaal ziekenhuis).

Er zijn ook andere kansen voor de revalidatie, zoals preventie. Denk aan de epidemieën van deze tijd (o.a. metabool syndroom, diabetes mellitus type 2, adipositas, bewegingsarmoede, etc.). Ligt er niet een enorme missie voor de revalidatiegeneeskunde van deze tijd om daarop in te spelen? Wie gaat de zorgverzekeraars ervan overtuigen dat daar juist de winsten, respectievelijk bezuinigingen te behalen zijn?

Ook de filosofie van de huidige architectuur van zorginstellingen is niet stil blijven staan. Nieuwe zorgcentra worden nu alleen nog maar gebouwd met multidisciplinaire teams rondom de patiënt, waarin de kennis uit de vakgroepen van de verschillende disciplines niet meer centraal staat maar alles draait om het samenwerken in een team.

Tot slot moeten we in de revalidatie nog meer de samenwerking met eerste lijn gaan zoeken. Hierin kan de eerste lijn mede-initiatiefnemer zijn zodat specialistische zorg niet meer is voorbehouden aan ziekenhuizen grote centra.

DANKWOORD

Met dank aan Jos Dekker, Marieke van Beugen, revalidatieartsen en Wim Schoemans, fysiotherapeut, filosoof van de Stichting Geschiedenis Fysiotherapie voor de inbreng. ←

Referenties

1. Stichting oorlogsdocumentatie Bloemendaal.
2. Stoelers J, Langerak L, Pabis T, Schoemans W (SGF). Hogeschool van Amsterdam i.s.m. SGF. Scriptie HVA, 2012.
3. Blokland AM. Militair Revalidatie Centrum Aardenburg; De geschiedenis van een revalidatiecentrum. Doorn, 15 september 2006;13-14.
4. Orakel PZ. Het beste revalidatiecentrum [internet]. Februari 2006 [geraadpleegd nov. 2011]. Beschikbaar via: http://pzorakel.blogspot.com/2006_02_01_archive.html
5. Meij WKN van der. Een specialisme in beweging, een eeuw revalidatie vijf decennia VRA. Assen: Koninklijke van Gorcum. 2005;113.
6. Dietz H, Ketelaar T. Johanna Stichting 1900-1990. Arnhem 1990.

Bronnen/beelmateriaal:

1. Vossen HPLM, De Wijer A. Opkomst van revalidatiecentra in Nederland. Stichting Geschiedenis Fysiotherapie. *FysioPraxis* 2019, 28(4), 6.
2. Stichting Geschiedenis Fysiotherapie (SGF), Urk.