

BASIESE VEREISTES VIR 'N REHABILITASIEDIENS BY 'N ALGEMENE HOSPITAAL*

R. L. M. KOTZE, M.B., Ch.B., *Mediese Superintendent, Karl Bremer-hospitaal, Bellville, Kaap*

Geneeskundige rehabilitasie is 'n noodsaaklike gedeelte van die omvattende behandeling van enige pasiënt wat sy opwagting by 'n algemene hospitaal maak. 'n Multi-dimensionele benadering¹ van die probleem word vereis om die einddoelstelling, nl. die maksimale restourasie van funksie en selfstandigheid op enige moontlike gebied, te bereik. Maatskaplike en ekonomiese selfstandigheid moet hier bygereken word.

Die trefwydte van rehabilitasie sluit ook die behandeling gedurende die akute stadium van siekte in, want 'n poging moet gemaak word om dan reeds die belemmering van funksie as gevolg van siekte te verhoed. Terselfdertyd moet gepoog word om die pasiënt se fisieke potensiaal sover moontlik te ontwikkel, hom te orienteer en sielkundig te kondisioneer. Behandeling moet derhalwe ook voorsiening maak vir 'n evaluasie van funksionele kapasiteit, insluitende die aktiwiteite van die daaglikse lewe, werk en ontspanning. Vir elke pasiënt moet 'n bestemming gevind word voor sy ontslag, hetsy terug na sy normale lewe na volkome herstel, of miskien net onafhanklikheid tuis in die gewone daaglikse aktiwiteite; so nie, heropleiding in 'n ander soort werk, of plasing in beskutte werk; anders, beperking tot 'n chroniese siekte-tehuis. Indien dit nie gedoen word nie, word die pasiënt inderdaad in 'n lugleegte ontslaan.

Die eise wat aan 'n doeltreffende rehabilitasiediens gestel word is dus in die eerste plek die voorsiening van fasiliteite om 'n aktiewe geneeskundige behandelingsprogram deur 'n gespesialiseerde afdeling van die geneeskunde aan te bied. Tweedens moet 'n opleidingsprogram wat die behoeftes van studente in die geneeskunde, paramediese personeel, die pasiënt, sy familiebetrekkings, die publiek en die werkgewer in aanmerking neem, aangebied word. Derdens moet navorsing nie nagelaat word nie, want die behoefte van beroepe, die invloed van omgewingsfaktore en die gebruik van tegniese hulpmiddels moet deur studies van die fisiologiese potensiaal bepaal word. Vierdens is goeie administratiewe beheer 'n noodsaaklikheid om te verseker dat die aandeel van die verskeidenheid van persone en instansies wat met die proses gemoeid is, goed gekoördineer word.

1. 'n Aktiewe Behandelingsprogram deur 'n Gespesialiseerde Geneeskundige Afdeling

'n Noukeurige keuring van pasiënte moet allereers gemaak word en veral moet diegene uitgekies word vir wie daar hoop op sukses is. Om 'n té groot persentasie van chroniese gevalle en andere met swak vooruitsigte op herstel uit te kies, stem almal tot pessimisme, en hierdie groep moet beperk word.

'n Goeie prosedure is om na die aankoms van die pasiënt in die afdeling toe te sien dat hy 'n grondige ondersoek deur 'n geneesheer ondergaan. Daarop word dit aan spanlede opgedra om waarnemings oor hom te doen.

*Artikel gebaseer op inligting versamel tydens 'n studiereis met 'n W.G.O.-beurs oor 'Geneeskundige rehabilitasie' in 1963. Die sienswyses hierin vervat weerspieël nie noodwendig dié van die W.G.O. nie.

Elke spanlid het sy spesifieke gebied en die waarnemings word aanvanklik gedoen oor sekere elementêre aktiwiteite en 'n waardeskatting word daarvan gemaak om vas te stel waarmee die pasiënt gehelp moet word, hetsy met sy gewone daaglikse aktiwiteite soos was, aantrek en eet, of met 'n werksprobleem. Nadat voldoende tyd vir hierdie doel, wat eintlik diagnosties van aard is, toegelaat is, word alle inligting by 'n volledige spansamespreking oorweeg.

Spansamespreking. By hierdie samespreking moet 'n verteenwoordiger van elke paramediese diens teenwoordig wees en dit word gelei deur die geneesheer-in-bevel van die afdeling. Na 'n ope bespreking word op die program van behandeling waarop die pasiënt geplaas moet word besluit, en hy kry ook 'n afskrif daarvan. Die ideaal is dat pasiënte gereeld moet aanmeld en indien hulle kragte dit toelaat sal hulle elke weksdag vir 3 uur in die oggend en 3 uur in die namiddag, met ete- en tee-pouse, besig gehou word. Swakker pasiënte mag hulle vir 'n halfdag of slegs 'n uur of meer per dag aanmeld. Alle pasiënte moet stiptelik wees en die personeel moet toesien dat pasiënte nie doelloos enige tyd verkwis nie. Daar moet besef word dat huisvesting, toerusting en personeel skaars en duur is en dat geriewe gebruik moet word vir diegene wat daarby kan en wil baat.

Die daaglikse program vir die pasiënt kan bestaan uit 'n sessie van 'n halfuur om litte los te maak, wat in die namiddag herhaal word. Van alle pasiënte word verwag om deel te neem, en elkeen doen net die oefeninge waartoe hy in staat is. 'n Gimnasium met musiek en onder leiding van 'n fisioterapeut of gimnas is ideaal. Vir sittende of lêende pasiënte kan 'n aparte groep gevorm word. Die res van die dag word ingedeel in sessies van ongeveer 'n halfuur tot 'n uur by die fisioterapeut, by die arbeidsterapeut, in die werkswinkel, aan sportdeelname of buitemuurse werk. Die program kan hersien en gewysig word na gelang van die omstandighede. Soos pasiënte vorder kan hulle van fisioterapeutiese behandeling na die gimnasium en selfs uiteindelik na die werkswinkel of opelug-ontspanning en werk vorder. In Tabel I word 'n goeie voorbeeld van 'n daaglikse buitepasiënte program van behandeling weergegee, soos dit toegepas word te Garston Manor Medical Rehabilitation Centre, Watford, V.K.

Terwyl bevredigende werkplasing van die pasiënt een van die vernaamste doelstellings is, moet alle pogings wat aangewend word juis hierdie aspek in gedagte hou. Die rehabilitasiespan, wat 'n geneeskundige funksie beoefen, moet seker maak dat hulle op hierdie punt 'n hegte en betroubare skakel vorm met die instansies wat verantwoordelik is vir werkplasing. Die span moet ook nie terugstaan voordat hierdie doel verwesenlik is nie.

'n Goeie voorbeeld van die geleidelike oorgang van geneeskundige na industriële rehabilitasie kan ook by die Garston Manor Medical Rehabilitation Centre gevind word. In die begin word die tyd wat in die werkswinkel deurgebring word tot 'n uur of twee per dag beperk, maar gaandeweg word geneeskundige behandeling stopgesit en met ontslag kan die meeste pasiënte 'n dag se werk doen.

TABEL I. 'N BUITEPASIENTEPROGRAM
GARSTON MANOR MEDICAL REHABILITATION CENTRE

Naam: Mnr. E. (Loodgieter), Chroniese brongitis

8.50 - 9.00	Almal vergader in afdeling.
9.00 - 9.30	Na gimnasium om oefeningsverdraagsaamheid te verbeter.
9.30 - 10.00	} Na werkswinkel vir opbou van moraal en om waardasie van vermoëns te doen.
10.00 - 10.30	
10.30 - 11.00	Oggendtee.
11.00 - 11.30	} Na werkswinkel.
11.30 - 12.00	
12.15 - 1.00	Middagete.
1.30 - 2.00	Vergader in afdeling.
2.00 - 2.30	Na gimnasium om oefeningsverdraagsaamheid te verbeter.
2.30 - 3.00	} Na werkswinkel.
3.00 - 3.30	
3.30 - 4.00	Middagete.
4.00 - 4.30	} Na werkswinkel. Let op vir enkeledeem en stel geneesheer in kennis.
4.30 - 5.00	
5.00 - 6.00	Bad en verkleë.

Hierdie geleidelike vordering . . . word gereguleer deur 'n weeklikse hervestigingskliniek of gevalbespreking wat deur die lede van die geneeskundige personeel, paramediese personeel en verteenwoordiger(s) van die Departement van Arbeid . . . bygewoon word.²

Oorblywende gestremdheid. Die probleme wat in verband staan met 'n oorblywende gestremdheid, vereis in die meeste gevalle 'n spanbespreking, waarop 'n verteenwoordiger van die staat se arbeidsburo aanwesig is. Dit is nie nodig dat die hele rehabilitasiespan hier, soos in die geval van die spansamespreking waar net die mediese probleme bespreek word, teenwoordig moet wees nie. Die vernaamste verteenwoordigers hier is die hoofkonsultant van die rehabilitasiespan, die hoofde van die paramediese dienste en die verteenwoordiger van die arbeidsburo.

As die oorblywende gestremdheid bloot met die vereistes van die daaglikse aktiwiteite van die pasiënt te doen het, en nie met 'n werksprobleem nie, dan moet 'n same-spreking vir die vereistes van die daaglikse aktiwiteite belê word en is die verteenwoordiger van die arbeidsburo oorbodig. 'n Groot groep pasiënte wat in die laasgenoemde kategorie val, is die gestremde huisvrou. Hulle kan in die afdelings heropgelei word om volkome selfstandig tuis te wees. Fasiliteite wat voorsien moet word is bv. die verskaffing van 'n woonstel of 'n huis met alle huishoudelike ameublement en gereedskap, en aangepas, indien nodig, volgens die spesiale vereistes ook van rystoel-pasiënte. Pasiënte moet hier deur arbeidsterapeute onderrig word terwyl hulle nog geneeskundige behandeling ondergaan.

Hulpmiddels. Die voorskrifte van hulpmiddels en prositiese toestelle aan pasiënte moet sonder enige onnodige verdragings in hierdie stadium afgehandel kan word, want onderrig in die gebruik daarvan moet geskied voordat die pasiënt ontslaan word, soos bv. in die geval van rystoel en krukke. 'n Pasiënt moet geleer word om 'n kunslede-maat te gebruik en nie slegs te dra nie. Indien hier verdragings ontstaan, wat die doelstellings veryd, soos nog baie dikwels die geval is, moet die masjienerie vir die verskaffing daarvan opgeknep word. Dit kan alleen gedoen word indien hospitale in staat gestel word om dit direk op voorskrif te verskaf sonder omslagtige formaliteite.

Opvolging van pasiënte. Na die voltooiing van die behandeling is dit 'n goeie beginsel om 'n periodieke opvolging van pasiënte te doen. 'n Nuttige manier om dit te verkry is om die pasiënt te versoek om 'n vraelys te voltooi soos gedoen word deur die Geneesheer-direkteur van die Camden Road Medical Rehabilitation Centre, Londen (Tabel II).

TABEL II. 'N OPVOLG-VRAELYS

Vraelys — vertroulik

<i>Naam</i>	<i>Verw.</i>
1. Werk u nou?	Ja/nee
2. Is u terug by u vorige werk?	Ja/nee
3. Indien u antwoord op vraag 2 'nee' is, het u heropleiding ondergaan?	Ja/nee
4. Verdien u nou meer of minder as voor u gestremdheid begin het?	Ja/nee
5. Wat is die algemene toestand van u gesondheid?	Verbeter Onverander Swakker
6. As u nie werk nie, is die rede daarvoor	Gestremdheid? Tekort aan betrekkings?
7. Indien u werk, is u tevrede met u werk?	Ja/nee
8. Indien antwoord op vraag 7 'nee' is, is u ontevredenheid te wyte aan	Gestremdheid? Ongeskikte werk?
9. Is u oorspronklike gestremdheid	Beter? Swakker? Dieselfde?
10. Hoe lank na u ontslag van die sentrum het u begin werk of begin met 'n opleidingskursus?	

Bogenoemde vraelys word na 6 maande herhaal. Op hierdie wyse kan die resultate van rehabilitasie vasgestel en sekere neigings onthul word.

Konsultasie. Met die uitvoering van die program is dit belangrik dat alle geneeshere en konsultante, soos bv. die algemene praktisyn, ortopeed, neuroloog, internis, chirurg of geriater, wat die pasiënte verwys het, toegang tot die rehabilitasieafdeling geniet sodat hulle die pasiënte kan opvolg en spansamesprekings bywoon. Dit is belangrik dat daar 'n hoofkonsultant van die afdeling moet wees. Dit is taamlik algemeen in die V.S.A., Brittanje en Denemarke dat die hoofkonsultant tot die spesialisasie van Fisiese Geneeskunde behoort, dog dit is heeltemal in orde indien hy ook van 'n ander spesialisasie getrek kan word met dien verstande dat hy oor genoegsame kennis en ondervinding van geneeskundige rehabilitasie beskik.

Dit behoort vir geneeshere moontlik te wees om 'n konsultant te vind wat algemeen aanvaarbaar is en hy behoort die rehabilitasie-funksie te vervul as nog 'n gespesialiseerde geneeskundige diens waarheen ander geneeshere pasiënte kan verwys om 'n diens te verkry wat hulleself nie in staat is om te verskaf nie.

2. Opleidings- en Voorligtingsprogramme

Daar is heelwat faktore wat die rehabilitasieproses in die moderne tyd meer ingewikkeld maak en gevolglik hoër vereistes aan 'n opleidingsprogram stel. Dit is deesdae met nuwe uitvindings en soveel vindingryke apparate wat verkry is betreklik maklik in vergelyking met voorheen

om 'n pasiënt die grootste gebruik en koördinasie van sy oorblywende kragte te laat herwin. Die groot vordering met die vervaardiging van outomatiese uitrusting maak 'n selfstandige bestaan vir gestremdes baie meer moontlik. Dit is juis hierdie nywerheidsontwikkeling en die gebruike wat daarmee gepaard gaan wat 'n groot vereiste stel aan die rehabilitasie van die gestremde.

Onderskeid. Ook word daar 'n onderskeid gemaak tussen die behandeling van die ou groep verwaarloosde gestremdes uit die verlede toe dienste nog swak was, aan die een kant, en die nuwe groep van onlangs-gestremdes wat van dag tot dag voorkom aan die anderkant.

Tans word dit ook besef dat pasiënte wat aan sekere siektes ly, soos bv. koronêre trombose, nie meer noodwendig beskou word as gestremd vir die res van hulle lewens nie. Wetenskaplike studie is nodig om die bevindings van oefeningsverdraagsaamheid toe te pas om te sien tot welke mate 'n persoon se aktiwiteite beperk moet word, sodat beperkings of toegewings realities kan wees.

Laastens is daar ook die nuwe benadering om alle soorte gestremdes te probeer rehabiliteer en nie soos in die verlede sekere groepe te beskou as slegte risiko's en hulle gevolglik aan hul eie lot oor te laat nie. Die nuwe gedagte is om para- en kwadriplegiese pasiënte, serebrale verlamdes, e.d.m., nie meer so oppervlakkig te benader nie en ook ten opsigte van hulle ernstige pogings aan te wend. Ook word die chroniese progressiewe siektelyers aan rheumatoïde artritis, Parkinsonisme en progressiewe muskulêre atrofie periodiek onder hande geneem om hulle funksionele kapasiteit op te knap en volkome verval te voorkom deur middel van rehabilitasie-metodes.

Spesiale opleiding. Kottke merk op dat die ingewikkeldheid van die rehabilitasieproses gespesialiseerde opleiding van 'n verskeidenheid van persone wat die program moet aanbied nodig maak. Multi-dissiplinêre onderrig is besig om in 'n doeltreffende metode te ontwikkel om mense op te lei. Daardie gespesialiseerde persone waaruit die span saamgestel is en van wie volle medewerking verwag word, sal meer doeltreffend funksioneer indien hulle saam opgelei word. Hy gaan voort: „die mees gesogte onderwysprogram . . . is dié wat aangebied word as 'n integrale gedeelte van 'n geneeskundige skool se kurrikulum. Verwydering van die akute hospitaal net 'n paar tree van die rehabilitasiediens, verwyder dit inderdaad van die algemene beoefening van geneeskunde en isoleer dit van volle deelname deur beide die studente in geneeskunde en die spesialiste. Rehabilitasie-fasiliteite verwyder van die opleidingshospitaal toon deur 'n slegte voorbeeld aan dat rehabilitasie iets verskillends van die gewone pligte van die geneesheer is, in plaas daarvan dat dit behoort aan te dui dat dit 'n integrale gedeelte daarvan is . . . Die instelling van 'n omvattende opleidingsprogram verseker dat rehabilitasie 'n integrale gedeelte van geneeskunde vorm. Voorts beklemtoon dit die onderlinge bedrywigheid van die hele span. Terwyl hulle hul kursus volg, raak studente vertrouwd met die opvatting van omvattende sorg, met maksimum restaurasie as die mikpunt van geneeskundige behandeling.⁷³

Die strewe om die pasiënt van sy pyn te bevry en hom uit die hospitaal ontslaan te kry is veels te beperk. Dit beteken nog niks meer as dat die behandeling van siekte

net 'n bloot ingewikkelde tegniese proses is nie, in plaas daarvan dat dit omvattende geneeskundige beplanning, wat rehabilitasie ook moet insluit, behels. Dit moet erken word dat geneesheer in die meeste lande hiervoor nog nie voldoende opgelei word nie.

Geneesheer onbewus van rehabilitasiebehoefes. In die Sheffield Regional Board se „Final Report on Rehabilitation“ lees dit ook: „Die onvoldoende onderrig van hierdie onderwerp is die mees waarskynlike oorsaak dat die geneeskundige beroep nog huiwer om sy volle verantwoordelikheid m.b.t. rehabilitasie te aanvaar.⁷⁴

In die Piercy Committee Report⁵ word die volgende stelling gemaak: „konsultante en praktisyns is maar stadig om die rehabilitasiebehoefes van hulle pasiënte te besef en geneesheer benodig meer onderrig in die trefkrag, aard en moontlikhede van rehabilitasie.“ Daarom sal dit die beste wees as aan studente, medies sowel as paramedies, op hulle eie pasiënte die voordele gedemonstreer kan word, totdat rehabilitasie aanvaar kan word as 'n inherente gedeelte van alle kliniese opleiding.

Kottke sê ook dat wanneer omvattende rehabilitasie in ons geneeskundige skole doeltreffend onderrig word, sal ongeveer 75% van die pasiënte wat tans gespesialiseerde behandeling benodig, deur algemene praktisyns behandel kan word, terwyl slegs vir die oorblywende 25% spesialistiese dienste wel nog voorsien sal moet word.

Onderrig van gemeenskap. Behalwe die opleiding aan mediese en paramediese personeel is daar nog die aspek van die voorligting aan die gemeenskap en aan werkgewers. Dit berus op die verwydering van algemene wanopvattinge wat gehuldig word ten opsigte van gestremdes, soos bv. die opvatting dat alle gestremde persone fisiek totaal onbevoeg is. Familiebetrekkings moet onderrig word om gestremdes te aanvaar en te help. Die gemeenskap soos die welsynsorganisasies, Kamers van Koophandel en Nywerheid, opvoedkundige en kultuur-organisasies moet ingelig word sodat behoeftes van gestremdes altyd in ag geneem word wanneer vir die gemeenskap beplan word. Werkgewers moet oortuig word dat 'n groot persentasie gestremdes in die ope arbeidsmark met normale persone kan kompeteer as hulle reg gekeur word.⁶ In selektiewe arbeid is hulle dikwels 'n meer waardevolle werker as 'n normale. Werkgewers moet egter ooreed word om in hulle werksplekke net effens meer buigbare reëlins ten behoeve van die gestremde te tref, soos bv. 'n modifikasie van 'n werksbank of ander toerusting om by die gestremdheid aan te pas.

3. 'n Navorsingsprogram

Met die moderne opvattinge op die gebied van rehabilitasie het 'n groot nuwe wêreld wat nog nie voorheen betree is nie vir die geneeskunde en aanverwante dienste oorgegaan. Daar is nou ruimte vir 'n groot bydrae deur navorsers wat ten doel het o.a. die praktiese en objektiewe waardasie van die funksionele kapasiteit van die pasiënt. Hierdie waardasie moet op persoonlike vlak vir elke pasiënt wees. Hartneurose en angneurose of selfs kompensasieneurose is belangrike bykomstige faktore in die geval van baie kardio-pulmonêre siektes. Deur die vasstelling van die mate van energie-verbruik vir spesifieke handeling en dit dan te vergelyk met die pasiënt se kapasiteit om dit uit te voer, mag pasiënte in staat gestel word

om uiteindelik nuttige en lonende werk te onderneem. Dikwels ook in die geval van verlamming is daar tog nog spiergroepe beskikbaar wat ingespan kan word vir spesifieke take en nuttige werk.⁷

Tweedens bied die beplanning en aanwending van nuttige metodes van toets 'n ander belangrike navorsings-aspek. Spierkragtoets, elektromiografie en die nuttige aanwending van beskikbare funksie word nog nie behoorlik gekorreleer met die werkpotensiaal van die pasiënt nie en veel eksperimentele werk moet nog daarop gedoen word. Daarby inbegrepe is ook nog die ontwerp van toerusting wat vir gebruik van spesifieke pasiënte aangepas moet word.⁸

Hierdie fasiliteite vereis 'n groot verskeidenheid van apparaat en tegniese mannekrag, benewens die gespesialiseerde kennis van fisiologie en kliniese geneeskunde.

4. Doeltreffende Administratiewe Beheer

Dit is ontsettend vrydelend indien die pasiënt moet ly omdat sy behandeling vertraag word as gevolg van probleme aangaande hom wat deur amptenare nie betyds besleg kan word nie. So 'n toestand kan alleen verhoed word deur doeltreffende administrasie sodat die pogings van alle betrokke instansies behoorlik gekoördineer kan word.

Dit is vanselfsprekend dat roetine administratiewe pligte nougeset uitgevoer moet word, maar dit is nie genoeg nie. Die hedendaagse benadering van die probleem, soos gesien in die wyere begrip van omvattende geneeskunde, vereis ook pionierswerk in die wetgewing van 'n staat met betrekking tot hierdie aangeleenthede. Dit moet 'n plig wees van die administratiewe organisasie van die rehabilitasiediens om gegewens te versamel en te verwerk om sodoende behoeftes vas te stel. Op dié wyse kan leemtes in die stelsel aangetoon word. Hersiene wetgewing en die gevolglike algehele opknapping van die masjinerie sal daardeur moontlik gemaak word.

'n Uitdaging word aan die Administrasie wat inrigting-bestuur behartig gerig om nuwe en skeppende metodes

van benadering tot die taak te ontwikkel, deur gebruik te maak van enige gegewens wat deur navorsing en geskifte aangebied word en om te help in die stimulerende en veeleisende roeping.⁹

SPANWERK

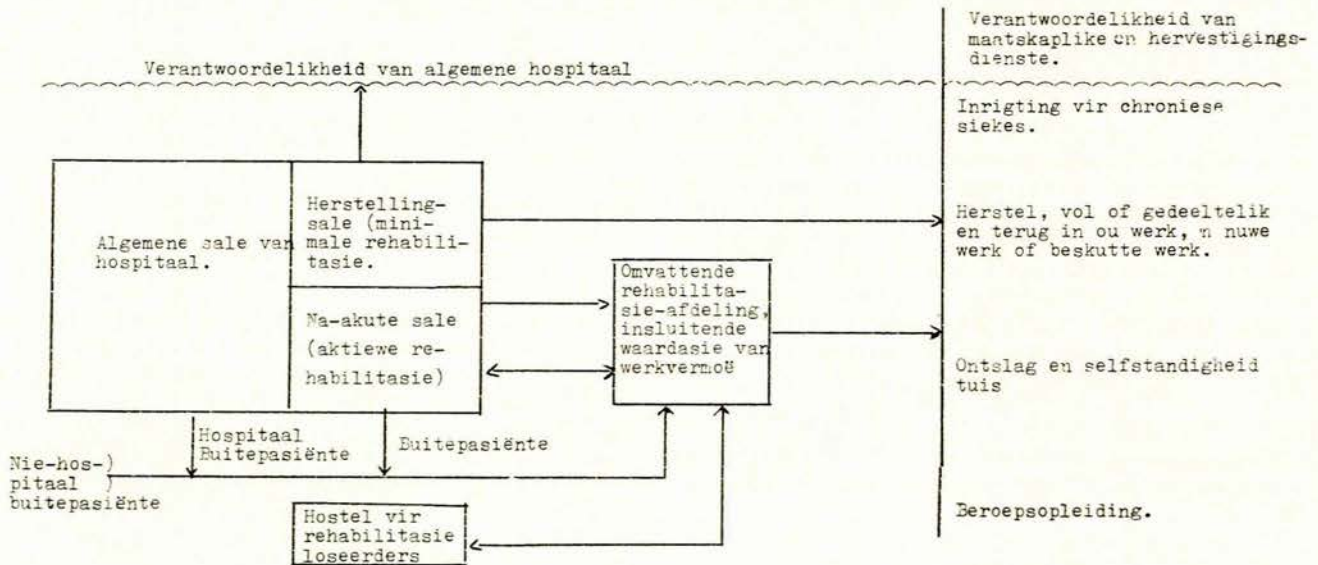
Spanwerk van die beste gehalte is die vernaamste voorvereiste om behoorlike aandag te skenk aan al die fasette van 'n rehabilitasiediens. Die span het 'n kaptein, nl. 'n geneesheer-in-bevel en dit bestaan verder uit die pasiënt self, verteenwoordigers van verskeie paramediese beroepe, soos die fisio- en arbeidsterapeut, maatskaplike werker, verpleegster, dieetkundige, mediese gimnas, spraakterapeut en protese-vervaardiger. Dikwels moet ook verteenwoordigers van nie-mediese beroepe, soos die beroepsvoorigter, tegniese instrukteur en klerikale en ambagspersoneel by die span gevoeg word.

Spanlede moet vertrouwd wees met elke ander lid se pligte. Indien dit nie die geval is nie, is daar 'n groot moontlikheid dat misverstand kan ontstaan. Spanlede moet mekaar help om hulle funksies te vervul, moet mekaar wedersyds waardeer, hulle doelstellings aan mekaar bekendmaak en niemand se belange voor die pasiënt s'n stel nie. Hulle moet ten alle tye op 'n nie-kompeterende basis werk en strenge etiese standaarde handhaaf. Laastens moet hulle op hoogte bly met hulle kennis deur deel te neem aan opleidingsprogramme op die vakgebied.¹⁰

Elke spanlid het ook die verpligting om die pasiënt deur sy optrede aan te moedig, sodat die pasiënt homself kan inspan om die mikkpunte wat vir hom gestel word te bereik. Die pasiënt moet geloof hê in die lewe en die wil om te slaag . . . as die pasiënt voldoende gemotiveer is ('motivated') is daar geen kwessie dat hy rehabilitasie aanvaar nie.¹¹ Behoorlike motivering is inderdaad die voorspel tot ware sukses.

KEUSE VAN PLASING VAN DIENSTE

By die keuse van 'n geskikte omgewing om 'n diens in te stel word dit deesdae allerweë aanvaar dat dit baie noue



Afb. 1. Die hospitaal se verpligtinge met nasorg en rehabilitasie word diagrammaties voorgestel.

aansluiting by die algemene hospitaal moet vind.¹² Dit verseker 'n ongehinderde toeloop van beide binne- en buitepasiënte van die kliniese afdelings; interniste en chirurge kan gekonsulteer word wanneer pasiënte waar-geneem word terwyl hulle in die werkswinkel werk of in die gimnasium oefen, sodat op dié manier 'n beter idee van hulle fiksheid en hulle werksprobleme verkry kan word.¹³

Die Sheffield Regional Board se Rehabilitasiekomitee som hierdie gesigspunt as volg op: 'Ons beveel aan dat die Raad rehabilitasiesentra oprig in alle groter kliniese gebiede . . . wat 'n minimum van 250,000 inwoners het—afgesonder van, dog by voorkeur op dieselfde perseel as 'n groot algemene hospitaal . . . genoeg ruimte is nodig vir buitemuurse oefenings. Hostelakkommodasie sal nodig wees, maar die grootte sal afhang van die grootte van die gebied. Hulle moet fisioterapie-afdelings, met genoegsaam gimnasiums en baddens hê, die arbeidsterapie-afdelings moet die fabrieksatmosfeer naboots en 'n woonstel insluit. Maatskaplike werkers moet afdelings hê, sowel as die geneeskundige en administratiewe personeel; behandelings- en ondersoekvertreke en akkommodasie vir verplegingstaf moet ingeruim word.' Dit word ook aanbeveel dat akkommodasie voorsien moet word vir sekere beamptes van die Staatsdepartement van Arbeid indien hulle 'n aandeel moet neem.

Ten spyte van alle pleidoorie vir nouer aaneenskakeling met die hospitaal, stem die meeste outoriteite saam dat pasiënte nie lank in die beskermende atmosfeer van die hospitaal gehou moet word nie, maar dat hulle geleer

moet word om vanaf die vroegste stadium selfstandig te wees. Derhalwe moet die rehabilitasie-afdeling, alhoewel 'n integrale gedeelte van die hospitaal, onafhanklik daarvan geleë wees, maar tog so naby moontlik op dieselfde perseel, sodat die vloei van pasiënte in beide rigtings ongehinderd kan wees.

Die illustrasie (Afb. 1) dui aan wat as die ideale verpligtinge van 'n algemene hospitaal beskou behoort te word ten opsigte van die tipe van pasiënt wat gewoonlik deur so 'n hospitaal behandel word.

Voorlopig moet volstaan word met bogenoemde uiteensetting, dog daar sal onteenseglik nog veel onbeantwoorde vrae veral ten opsigte van die praktiese toepassing wees wat by gebrek aan ruimte gelaat moet word.

VERWYSINGS

1. Ling, T. M. en O'Malley, C. J. S. (1958): *Rehabilitation after Illness and Accident*. Londen: Baillière, Tindall & Cox.
2. Mattingly, S. (1963): *Ann. Phys. Med.*, 3, 17.
3. Kotke, F. J. (1962): Paper presented at the University of Pennsylvania Conference on Rehabilitation Concepts.
4. Sheffield Regional Board (1962): Final Report on Rehabilitation, bl. 53.
5. Piercy Committee, Verenigde Koninkryk (1956): *The Rehabilitation, Training and Resettlement of Disabled Persons*, bl. 4.
6. British Information Service (1962): *Rehabilitation and Care of the Disabled in Britain*, bl. 15. Londen: Ministry of Information.
7. Bjerner, B. en Eriksson, G. (1963): *Särtryck un Svenska Läkart*, 60, 1383.
8. Danish National Association for Infantile Paralysis (1958 - 63): *Communications nos. 2 - 13*.
9. Owen, J. K. (1962): *Modern Concepts of Hospital Administration*, bl. 772. Philadelphia: Saunders.
10. Willard, H. S. en Spackman, C. S. (1963): *Occupational Therapy*, 3de uitg., bl. 7 en 8. Philadelphia: Lippincott.
11. Pattison, H. A. (1957): *The Handicapped and their Rehabilitation*, bl. 18. Springfield, Ill.: Thomas.
12. Ministry of Labour and Social Affairs, Copenhagen (1963): *Rehabilitation and Care of the Handicapped in Denmark*, bl. 34.
13. Mattingly, S. (1963): *Ann. Phys. Med.*, 3, 18.