

temperatuur wordt gebruikt. Het verdient onder die omstandigheden aanbeveling de grens voor het aantal kiemen per ml, dat significant is voor het bestaan van een urineweginfectie, te verlagen van  $10^5$  tot  $5 \times 10^4$ . De fouten-percentages liggen hierbij binnen aanvaardbare grenzen.

*Summary. The Uricult technique at room temperature. Quantitative determination of bacteriuria with the aid of*

*the Uricult technique was carried out under different conditions by several persons, while urinary cultures were also made. Reliability proved not to be significantly affected if the Uricult technique*

- Arneil, G. C. en anderen (1970) Lancet I, 119-121.  
Cohen, St. N. en E. H. Kass (1967) New Engl. J. Med. 277, 176.  
Guttman, D. en G. R. E. Naylor (1967) Brit. med. J. III, 343.  
Wille, L. en J. Winter (1963) Med. Wschr. 43, 2223.

*was performed at a lower temperature than usual. In that case, however, the limit for the number of micro-organisms per ml regarded as significant of a urinary infection, must be adjusted.*

- Wing, A. J. (1970) Brit. med. J. III, 753-755; (1970) Brit. med. J. IV, 35-38.  
Djajadinengrat, R. J., J. C. Lorrier en W. R. O. Goslings (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 100.  
Zwaard, J. van de; M. Vos en W. P. van den Hout, (1973) huisarts en wetenschap, 16, 332.

## De invalidensport in Nederland

DOOR W. Y. SIJTSEMA, HUISARTS TE HENGELO (O.)\*

### INLEIDING

Een ernstige lichamelijke handicap grijpt in op het gehele lichamelijke en geestelijke functioneren. Bepaalde lichaamsdelen en spiergroepen vallen uit, hetgeen tot abnormale bewegingen leidt, waardoor psychische spanningen kunnen optreden, die het sociale contact met de buitenwereld bemoeilijken en zelfs onmogelijk maken. Wanneer de gehandicapte in deze situatie gefixeerd blijft, kan zich een minderwaardigheidscomplex ontwikkelen, gepaard gaande met angst en verlies aan zelfvertrouwen en eigenwaarde. Het resultaat is zelfbeklag, isolement en een asociale houding.

Ernstige invaliditeit kan bovendien schadelijke gevolgen hebben voor de algehele conditie. De fysiek invalide is in zijn dagelijks werk motorisch minder dan de valide mens en daarnaast is er het probleem van de te sterke belasting van de overgebleven functies van de gehandicapte.

Sport kan in deze situatie veel verandering brengen. Actieve sportbeoefening brengt de gehandicapte weer in contact met de wereld om hem heen, waardoor het psycholabiele evenwicht wordt hersteld: de invalide wordt in staat gesteld het leven weer

\* Hoofdbestuur lid van de Nederlandse Invaliden Sportbond.

aan te durven. Via het spel leert de gehandicapte de latente mogelijkheden, die nog bij hem aanwezig zijn te ontdekken en te ontwikkelen. Hij gaat zich concentreren op wat hij nog kan en op punten waarop verbetering mogelijk is, met als direct gevolg dat zijn gedachten worden afgeleid van wat hij niet meer kan.

Afgezien van de sociale rol die de sportbeoefening voor de gehandicapte zelf vervult, zal de sport ook een positieve invloed hebben op de omgeving — de toeschouwer zal hem niet meer zien als gehandicapte, maar als individu dat iets presteert.

Samengaande met het aankweken van een positieve mentale instelling — hetgeen essentieel is voor een sociale re-integratie, in het bijzonder voor het verkrijgen van een bevredigende werkgelegenheid — treedt verbetering op in de lichamelijke functies: de conditie wordt opgevoerd en de mogelijkheid bestaat om overbelaste spiergroepen te versterken, zodat gezonde gewrichten beter worden gesteund.

### GESCHIEDENIS

Voor de tweede wereldoorlog werden sport en oefeningen door enkele artsen als therapie voorgeschreven, maar van een gerichte sportbeoefening was geen sprake. Zo

**Samenvatting.** De Nederlandse Invaliden Sportbond kent voor diverse vormen van invaliditeit verschillende takken van sport. Toch is slechts 4 tot 5 procent van de lichamen gehandicapten actief bij sport betrokken. De fysieke, psychische en sociale voordelen van sport voor gehandicapten worden uiteengezet. Realisering van regionale sportmedische adviesbureaus zou mede tot een oplossing van de keuringsproblematiek van lichamen gehandicapten kunnen bijdragen. Het lijkt nuttig een landelijk onderzoek in te stellen naar de oorzaak van de te geringe belangstelling van gehandicapten voor sport. Teneinde sport voor gehandicapten te stimuleren, is samenwerking van revalidatie-artsen en huisartsen essentieel.

er enige sport bedreven werd, bleef dit beperkt tot geamputeerden, blinden en doven. Dat ook invaliden ten gevolge van een dwarslesie mee zouden kunnen doen, kwam in die dagen nog niet bij de artsen op.

De grote doorbraak kwam in — en vooral na — de periode 1940-'45, toen Prof. Sir Ludwig Guttmann, geneesheer-directeur van het Spinal Injuries Centre van het Stoke Mandeville Hospital te Aylesbury in Engeland, de sport als onderdeel van de medische behandeling introduceerde. Deze neurochirurg had hierbij een tweeledig doel, namelijk een goede lichaamstraining en het voor-

kómen van verveling in het ziekenhuis.

Stoke Mandeville is te beschouwen als de bakermat van de invalidensport. In 1948 vonden hier voor het eerst voor 16 lichamenlijk gehandicapten onderlinge wedstrijden plaats. „Stoke Mandeville Games for the Paralyzed” werd een jaarlijks evenement (echter alleen voor gehandicapten tengevolge van een dwarslesie of poliomyelitis).

Stoke Mandeville inspireerde velen, onder wie in Nederland de grote promotor van het eerste uur Aardenburg. In 1952 kwamen Nederlandse oorlogsinvaliden naar Engeland en werden de spelen internationaal. In 1960 werden de Stoke Mandeville Games voor het eerst in het buitenland gehouden. In aansluiting op de Olympische spelen worden thans elke vier jaar de Paralympics gehouden.

#### NEDERLANDSE INVALIDEN SPORTBOND

In Nederland bestaat de Nederlandse Invaliden Sportbond (N.I.S.), opgericht in 1961 en lid van de Nederlandse Sport Federatie. De N.I.S. ontstond indertijd uit de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogsslachtoffers (B.N.M.O.). In ons land zijn ongeveer 400.000 lichamenlijk gehandicapten (geestelijk gestoorde, doven, blinden, enzovoort dus niet meegerekend). Wanneer wordt uitgegaan van de gedachte dat de helft van hen te oud is voor sportbeoefening, komt men op een getal van 200.000 invaliden. Van hen is 60 procent te beschouwen als te zwaar gehandicapt of niet geïnteresseerd in sport, zodat er 80.000 invaliden overblijven die wel aan sport zouden kunnen doen.

Uit een onderzoek is gebleken, dat op dit moment slechts 4 à 5 procent van deze laatste groep actief bij (wedstrijd) sport betrokken is. Aanvankelijk was bij hen boogschieten favoriet, allengs worden ook andere takken beoefend, zoals onder meer het rol-basketbal, zwemmen, atletieknummers, bowling, zit-volleybal, tafeltennis en gewichtheffen.

Verschillende van deze sporten kunnen bedreven worden vanuit een rolstoel. Ook blinden, geamputeerden en spastici kunnen in Nederland aan sport doen. Vermeldenswaard is voorts, dat er sinds 1968 een Federatie Paardrijden Gehandicapten bestaat, waar men onderscheid maakt tussen het recreatieve en therapeutische rijden.

De genoemde getallen laten zien dat er nog maar heel weinig gehandicapten sport bedrijven. De belangrijkste reden hiervoor ligt waarschijnlijk op financieel gebied — invalidensport vraagt veel geld — maar er zijn ook andere oorzaken zoals de drempelvrees van een gehandicapte om zwembad of sporthal te betreden of omdat men het idee heeft „er niet meer bij te horen”. Het gros van de sportaccommodaties in ons land is dan ook volstrekt niet op de gehandicapte berekend. Aangepaste in- en toegangen, verkleed-, was- en toiletruimten treft men zelden aan.

#### MEDISCHE KEURING

Jaarlijks worden in Nederland 300.000 (in)valide sportlieden gekeurd, waarbij het er om gaat te bepalen of de sportman of -vrouw, valide of invalide, in staat is aan de gekozen sport deel te nemen zonder risico's voor de gezondheid te lopen. De algemene sportkeuring is voor de invalide dezelfde als voor de valide sportbeoefenaar; bij beide categorieën staat voorop dat zoveel mogelijk sportlieden moeten worden goedgekeurd. Na de keuring volgt voor invaliden nog een medische klasse-indeling, die van de keuringsarts enige ervaring met de invalidensportvormen vraagt. De indeling van verschillende klassen van de dwarslesie en poliodeelnemers is noodzakelijk, opdat mensen met een verschillende graad van handicap toch op gelijkwaardig niveau hun krachten kunnen meten.

De classificatie houdt zich bezig met de functie van:  
— de bovenste extremiteiten (klassen 1a, 1b en 1c),

— de romp (klassen 2 en 3),  
— de onderste extremiteiten (klassen 4, 5 en 6).

Voor indeling in de klassen 4, 5 en 6 wordt gebruikgemaakt van een spiertest, waarbij de contractiekracht van bepaalde spieren in punten wordt gewaardeerd. Zo zal een hoge cervicale lesie met een niet functionerende triceps in klasse 1a thuishoren, een polio-deelnemer met maar één volledig goed functionerend been in klasse 6.

Opgemerkt moet worden dat de sportkeuring, zoals die thans nog geschiedt, de ontwikkeling van de invalidensport eerder remt dan bespoedigt. Landelijk gezien is er een groot tekort aan artsen, die dit keuringswerk kunnen en willen verrichten. Mede hierdoor is de keuring niet waterdicht en onvoldoende doeltreffend. Overbelasting van de huisarts in zijn dagelijks werk en de geringe belangstelling die de meeste huisartsen op sportgebied aan de dag leggen, zijn als oorzaken hiervan te beschouwen.

Het realiseren van sportmedische adviesbureaus in regionaal verband zou mede tot een oplossing van de keuringsproblematiek kunnen bijdragen. De arbeids- en kostenintensieve keuring van lichamenlijk gehandicapten hoeft dan niet meer aan de bestaande Bureaus voor Medische Sportkeuring te worden opgedragen. Consultatie van een revalidatiearts, die de gehandicapte heeft behandeld en eventueel van andere specialisten kan doelmatiger plaatsvinden op deze hiervoor speciaal geoutilleerde regionale keuringsbureaus.

#### CONCLUSIE

In het vorengaande zijn enkele negatieve invloeden op de ontwikkeling van de invalidensport in ons land genoemd. Het lijkt nuttig een landelijk onderzoek te verrichten naar de vraag, waarom zoveel gehandicapten niet aan sport doen en op welke wijze hierin verandering kan worden gebracht. Uitgangspunt voor een dergelijk onderzoek zal moeten zijn de overtuiging dat sport

de invalide de gelegenheid geeft zich (weer) op de gemeenschap te oriënteren. De invalide kan dit niet alleen bereiken; de mensen om hem heen, de gehele gemeenschap, zullen hem daarbij moeten helpen.

Voor een nieuwe benadering van de invalidensport lijkt een eerste impuls te moeten komen van de revalidatie-artsen. Zij dienen sport te beschouwen als onmisbaar voor de therapie en daarom op te nemen in het revalidatiepakket. Het is wenselijk dat bij het ontslag van een patiënt uit een revalidatiecentrum, de revalidatie-ars de huisarts op de hoogte brengt van de mogelijkheden op sportgebied voor de patiënt. Dit moet uiteraard een advies blijven, sportbeoefening mag niet dwingend worden voorgeschreven. Daarnaast is er voor de huisarts een taak in het attenderen van invalide mensen in zijn praktijk op de voordelen en mogelijkheden van sportbeoefening.

Aan de overheid is het tenslotte om op allerlei gebied sterker dan tot nu toe rekening te houden met de invalide mens en diens recht om in de maatschappij zoveel mogelijk op gelijke voet deel te nemen met valide mensen. Een belangrijke stap hiertoe

*Summary. Invalid sports in The Netherlands. The Dutch Invalid Sports League provides different branches of sports for different types of invalids. Yet only 4 to 5 per cent of the physically handicapped are actively engaged in sports. The physical, psychological and social advantages of sports for the handicapped are explained. The establishment of regional advisory bureaus for sports medicine could contribute to resolution of the medical fitness problems for the physically handicapped. It would seem useful to institute a nationwide investigation into the cause of the insufficient interest taken by the handicapped in sports. In order to stimulate sports for the handicapped, cooperation between rehabilitation specialists and general practitioners is essential.*

zou bijvoorbeeld zijn het verstrekken van bindende voorschriften bij de bouw van sportaccommodaties, opdat ook de gehandicapte aan het gebeuren in deze veelal met gemeenschapsgelden gerealiseerde projecten kan deelnemen.

De lichamelijk gehandicapten en de sport. Congresverslag. Uitgeverij De Vrieseborch b.v., Haarlem, 1973.

Kessel, Guttman & Maurer. Neuro-Traumatologie. Band II. Urban en Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1971.

Stijns, H. J. Sport voor minder-validen. Acco, Leuven, 1972.

Tjebbes, H. (1973) Ned. milit. geneesk. T. 26, 43-53.

Walsh, J. J. Understanding paraplegia. London, 1964.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne: Verslagen en Rapporten 1972, nummer 31: „Advies inzake de medische sportbegeleiding”.

---

## Gespreksgroepen voor te dikke mensen; een experiment in het gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam

DOOR INEKE VAN BOCKEL, AGOGE, KARIN BAKKER EN FRANS BAKKER, HUISARTS

*„Je bent binnen  
dan buiten datgene wat je van binnen bent geweest  
je voelt je leeg  
omdat er binnen in jezelf niets is.  
Je probeert  
die binnenkant van de buitenkant  
die je eens van binnen bent geweest  
naar binnen in jezelf te halen  
je probeert jezelf binnen datgene wat je  
van buiten bent, te krijgen:  
eten en gegeten worden.  
de buitenkant van binnen hebben en  
binnen de buitenkant zijn . . . R. D. Laing in „Toestanden”.*

Een van de samenwerkingsprojecten in Ommoord is dat met de diëtiste. Het is het streven in Ommoord alle samenwerkingsprojecten te beschrijven en te evalueren. De intensieve bemoeienis van de diëtiste met onze patiënten is door Lamberts en De Vries uitvoerig beschreven. De resultaten ervan, uitgedrukt onder

meer in gewichtsverlies van de 156 onderzochte patiënten, waren teleurstellend: gemiddelde afnemings 6,9 procent van het uitgangsgewicht. Ook het aantal patiënten dat zich aan de controle onttrok was hoog (34 van de 156). De evaluatie leidde derhalve tot de vraag of er een alternatief mogelijk was voor de klassieke

individuele benadering door de diëtiste. Deze is immers voornamelijk een individuele symptoombenadering, waarbij met behulp van een dieet en de relatie diëtiste-patiënt — onder meer controle en stimuleren — wordt getracht de patiënt te doen afvallen. Het gevolg van deze — „medisch model” — benadering kan zijn dat het probleem achter het symptoom blijft bestaan en dat deze methode óf mislukt óf slechts tijdelijk succes heeft.

Er zijn vele aanwijzingen, ook in de literatuur (Godfrey, Summerskill, Young) dat overgewicht een complex, multiconditioneel probleem vormt, waarbij de patiënten onder meer hebben geleerd de bevrediging, welke zij vinden in het eten, als compensatie te aanvaarden voor be-