

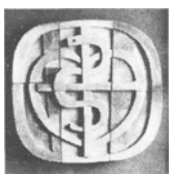
redactioneel

- Prof. Dr. C. B. A. J. Puylaert, hoogleraar in de röntgendiagnostiek aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, slaakt een cri de coeur met betrekking tot 'averechte bezuinigingen in de gezondheidszorg' waardoor onder meer de academische röntgenafdelingen dreigen te verpauperen. Prof. Puylaert is in de pen geklommen 'aangezien de wanhoop over de impasse waarin de academische röntgenafdelingen dreigen te komen enkele jongere collegae zó naar de lippen steeg dat zij de populaire pers haalden'.
- In een derde bijdrage over de weekenddienst van huisartsen worden enkele aanbevelingen gedaan voor een betere opzet. Uitgaande van een omschrijving van het begrip 'continue bereikbaarheid' worden nu enkele organisatorische voorwaarden hiertoe geformuleerd. Deze worden vervolgens getoetst aan de situatie van de weekenddienst in Nederland, waarbij ook het patiëntenaandeel in de continue bereikbaarheid aan de orde komt.
- In de artikelenreeks over sportgeneeskunde deze week een uitvoerige beschouwing gewijd aan de sport voor gehandicapten. De auteur, W. Y. Sijtsma, hoofdbestuurslid van de Nederlandse Invaliden Sportbond, constateert dat meer en meer blijkt dat de gehandicaptensport als maatschappelijk verschijnsel belangrijker wordt. Andere normen en waardeoordelen (kortom een veranderde maatschappijvisie) spelen hierbij een rol. Volgens de heer Sijtsma wordt de interactie tussen gehandicapte en niet-gehandicapte mede door de sport positief beïnvloed.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	66
<i>Inzenders: P. H. Damsté met naschrift van B. C. Witsenburg, Th. G. J. Dekkers</i>	
De dreigende verpaupering van de academische röntgenafdelingen. Averechte bezuinigingen in de gezondheidszorg, door Prof. Dr. C. B. A. J. Puylaert	69
De weekenddienst van huisartsen in Nederland (III). Enkele aanbevelingen voor een betere opzet, door J. van Eijk, J. Gubbels en K. van der Meer	73
Sportmedische facetten VII. Sport voor gehandicapten, door W. Y. Sijtsma	79
OFFICIEEL	87
Inhoudsopgave officieel	96



De omslagfoto van deze week symboliseert de spreuk die het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam voert: 'De geneeskunde is de dienaar van de naastenliefde'.



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M.
Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,
redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der
Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltofen,
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35 (inclusief
BTW); buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitsluitend
bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring
der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de
afdeling Ledenregister der Maatschappij,
Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Opplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven
zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.*

EEN REACTIE OP BEVOLKINGSONDERZOEK

De inleiding van collega Witsenburg,
gepubliceerd in Medisch Contact nr. 50
1977, blz. 1566, beschrijft enige nadelen van
massaal preventief medisch onderzoek.
Deze worden geïllustreerd en aangevuld
door de ervaringen van een medewerkster
aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Zij heeft
zich met positieve verwachtingen voor
deelname aangemeld, maar 'wordt er
langzamerhand ziek van'.

'Je hebt het er in het begin voor over, maar
het kost je vrij veel tijd en aandacht.
Achteraf realiseer ik me, dat die aandacht
hoofdzakelijk heeft bestaan uit negatieve
gedachten over mijn gezondheid. De avond
voor de dag van het borstsonderzoek moest
er voor het eten een plas worden gedaan;
daarna alle urine in een po verzameld om die
de volgende middag te kunnen meenemen.
Ook moest ik thuis een lange vragenlijst
invullen. Voor de infrarood-mammografie
heb ik twintig minuten half naakt in een
onderkoelde ruimte moeten stilzitten. Ik heb
me intens oncomfortabel gevoeld en heb
daarna een keelontsteking gehad, waardoor
ik twee weken mijn werk niet heb kunnen
doen. Tijdens het wachten op het
röntgenonderzoek mocht ik gesprekken
aanhoren van de laborantes onderling:
'Vanmorgen hebben we er drie gevangen'.
Die ochtend was een van mijn vriendinnen
voor onderzoek geweest, dus ik heb me de
volgende drie dagen wel zorgen gemaakt.
Geen prettig vooruitzicht dat dit onderzoek
ieder jaar moet gebeuren.

'Vier weken later komt nota bene de oproep
voor het hartsonderzoek van de RU,
waarvoor ik drie jaar geleden was geweest.
De dag van tevoren geen alcohol, 's avonds
na achten niet meer eten, geen suiker in de
thee, 's ochtends nuchter. Weer urine
meenemen en venapunctie. Enkele dagen
later weer erheen, vragenlijst invullen,
electrocardiogram, ademfunctieproeven, en
op de weegschaal. Als er niets bijzonders
werd gevonden zou ik niets horen. Maar
jawel, na drie maanden een oproep voor een
gesprek. Na een week gespannen afwachten
is daar dan het gesprek: 'Uw
cholesterolgehalte is nog binnen normale
grenzen, maar het is iets hoger dan bij het
vorige onderzoek. Ik raad U aan een
cholesterolvrij dieet te gebruiken. Daar laat

ik U nu nog vrij in, maar als het het volgende
jaar weer niet in orde is, dan gaan we het
strenger aanpakken'. Ik vond dit nogal
onthutsend, want ik heb niet om dit
onderzoek gevraagd, werk maar één dag in
de week voor de RU en ben bovendien van
mening dat je best dierlijke vetten kunt
gebruiken, als je het maar met mate doet en
er genoeg lichamelijke activiteit tegenover
staat. Daarover is in het advies niet gerept,
alleen over maisolie en
zonnebloemolie-margarine.

'Nog ben ik niet klaar voor dit jaar: twee
maanden later komt een oproep voor een
cervixuitstrijkje. Weliswaar vrijwillig, maar
je moet wel opbellen als je niet meedoet. De
persoon die me te woord staat, laat er geen
twijfel over bestaan dat ik mezelf benadeel
als ik er niet aan mee doe. Mijn uitleg dat het
al drie maanden geleden bij gelegenheid van
het borstsonderzoek is gebeurd, aanvaardt ze
nauwelijks als een geldig excuus.
'Al die onderzoekende ogen zijn
ingespannen op mij gericht om een begin van
ziekte in me te ontdekken. Ze hebben al wat
ontdekt: mijn cholesterolniveau schommelt!
Ik denk dat ik mijn gezondheid liever zelf in
de hand neem; als ik me weer laat
onderzoeken kan het beter op mijn verzoek
gebeuren. Dan ga ik niet naar een instantie
die erop uit is 'zieken te vangen', ook niet
naar één die me onder bedreiging wil
dwingen Becel te gebruiken'.

De uitkomsten van deze projecten zullen
leren welke voordelen te verwachten zijn
van massale screening. Intussen kunnen de
nadelen wellicht binnenkort worden
verminderd door:

1. verschillende tests in één
onderzoekszitting van een
preventiecentrum te combineren;
2. geen negatieve opmerkingen te maken
over een paar milligrammen cholesterol
of een met een kilogram toegenomen
lichaamsgewicht, maar positief te
begrachten wat de bezoeker van het
preventiecentrum al goed doet aan zijn
gezondheid. Het is al geweldig dat hij het
centrum bezoekt, dat moet niet worden
afgestraft;
3. het onderzoek te laten plaatshebben in
een sfeer die het vertrouwen van de
bezoeker in zijn eigen gezondheid niet

Doorlezen naar blz. 68

NOODKREET

De noodkreet van Prof. Dr. C. B. A. J. Puijlaert over de dreigende verpaupering van de academische röntgenafdelingen (blz. 69) is het zoveelste teken aan de wand dat er iets mis is met de gezondheidszorg in ons land. Reeds in 1969 wees Prof. Puijlaert op het toen ook al bestaande en toenemende tekort aan ziekenhuisröntgenfaciliteiten. Nu kan dat tijdens een periode van economische stagnaties, een onvermijdelijke ontwikkeling zijn. De kern van het betoog van de auteur is, dat hier evenwel een beleid wordt gevoerd dat 'penny wise and pound foolish' is. Bovendien signaleert de auteur, dat in de helft van de algemene ziekenhuizen de bezetting van de röntgenologische afdelingen tweemaal zo groot is als die in de academische ziekenhuizen. Vergelijken we de stafbezetting van onze academische röntgenafdelingen met die in gelijksoortige ziekenhuizen in Engeland, West-Duitsland en de Verenigde Staten, dan zien we in ons land een aantal stafleden per afdeling van 5-8 tegen 28-30 elders. Dat de zaak nog niet volledig in het honderd is gelopen, is waarschijnlijk te danken aan de inzet van de betreffende artsen en ander personeel. Maar er is een grens aan hun inzet. Het ziet ernaar uit dat die grens in sommige gevallen is bereikt of zelfs overschreden. Men dient daarbij niet te vergeten, dat de moderne technieken vaak arbeidsintensief zijn en een grote concentratie vereisen. Het mag geen verwondering wekken, dat alleen al daardoor de kwaliteit thans in gevaar dreigt te komen. Het is niet zo eenvoudig de oorzaak aan te geven van deze ongewenste situatie in de röntgendiagnostiek. Dat de enige oorzaak gelegen zou zijn in een onjuist financieel beleid van de staatssecretaris van Onderwijs, zoals Puijlaert veronderstelt, is wellicht te simpel gesteld. Dat zou het niet zijn, als wij hier te maken hadden met een geïsoleerd geval van achterblijven

van één tak in de geneeskunde. Evenmin houdbaar is de absolute stelling, dat de toepassing van nieuwe technologische ontwikkelingen op financiële en organisatorische gronden altijd zal achterlopen. Ongetwijfeld spelen deze factoren een rol. De bewindslieden van Onderwijs of Volksgezondheid kunnen de geldkraan in beperkte mate hanteren. Ook hier liggen echter grenzen. Enerzijds wordt vooral van regeringszijde gesteld, dat er onvoldoende instrumenten zijn om in de financiering van de gezondheidszorg in te grijpen. De ontwikkelingen op dit terrein zouden te autonoom zijn, vandaar de voorgestelde wetten Voorzieningen en Tarieven. Het is duidelijk, dat hierbij vooral is gedacht aan een dichtdraaien van de kraan.

*Te hooi en te gras
snoeien en uitbreiden
leidt tot verpaupering
van de gezondheidszorg*

Anderzijds zou de economische stagnatie een opendraaien van de kraan niet toestaan. Het komt ons voor, dat Puijlaerts klacht niet alleen een financiële achtergrond heeft. De hoofdzak is, dat er op het gebied van de gezondheidszorg geen samenhangend beleid bestaat. Enkele voorbeelden: Iedereen is het erover eens, dat nieuwe vormen van samenwerking in de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn noodzakelijk zijn. Het doel daarvan is een kwaliteitsverbetering, die het gebruik van ziekenhuisbedden kan doen verminderen. Illustratief in deze is de ontwikkeling rondom het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen. Een gevolg van de samenwerking aldaar was dat er meer ziekenhuisbedden dan normaal kwamen leeg te staan. Maar nu is Leiden in last: de begroting van het ziekenhuis loopt gevaar, omdat de

berekening van de verpleegtarieven achter de ontwikkeling aan loopt en de overgebleven bedden naar de huidige maatstaven te duur zijn geworden. Door de polikliniek meer te gebruiken kan men eveneens de toegestane verpleegprijs overschrijden. Nog een voorbeeld: onder druk van pressiegroepen wordt het aantal bedden voor coronairchirurgie aanzienlijk uitgebreid, zonder dat binnen een totaalplan de noodzaak van juist deze uitbreiding is aangetoond. Toch, derde voorbeeld, is er een tekort aan anesthesisten met bijbehorend technisch areaal. Vierde voorbeeld: er is een nijpend tekort aan sociaal-geneeskundigen, uitbreiding van de opleiding is een vrome wens. Tegelijk, ons vijfde voorbeeld: er dreigt een overschot aan huisartsen; toch zijn de opleidingsmogelijkheden de laatste jaren sterk zijn verruimd. Zesde voorbeeld: research in de eerste lijn is, in tegenstelling tot het klinisch onderzoek, maar mondjesmaat mogelijk ondanks het heil dat naar men zegt daarvan is te verwachten. Zevende voorbeeld: kleine ziekenhuizen worden weggesaneerd, zonder dat de waarde ervan voor de bevolking is geëvalueerd. Slotvoorbeeld: de twijfel over het nut van bevolkingsonderzoeken neemt toe, het aantal screenings evenzeer. Het is uiteraard gemakkelijker scheefgegroeide verhoudingen te signaleren dan een therapie aan te dragen. Men mag evenwel van de verantwoordelijke politici verwachten dat zij een duidelijk beleid voeren. De uitwerking van een aanvaard beleid zal impopulaire maatregelen ongetwijfeld noodzakelijk maken, politiek gesproken een hachelijke zaak. Het zou zeer wel te verdedigen zijn dat binnen een duidelijk beleid, gericht op een zo goed mogelijke verzorging, een halt wordt toegeroepen aan de ontwikkeling van de röntgenologie, maar te hooi en te gras snoeien dan wel uitbreiden op het veld van de gezondheidszorg leidt tot verpaupering van die zorg.

B.

aantast, maar juist vergroot. Men levert een bijdrage aan de gezondheid van de bezoekers door alles wat er wel goed is aan werk- eet- en andere levensgewoonten te belonen met positieve aandacht: 'Wat goed dat U niet rookt, goed dat U regelmatig zwemt, goed dat U het trimmen nog steeds prettig vindt. Fijn dat U nog zo veel werk kunt verzetten, dat U op de fiets naar Uw werk gaat, enz.'

Utrecht, 30 december 1977

P. H. Damsté

Bovenstaande beschrijving lijkt me een prachtige illustratie van mijn betoog, met als kern dat hoe meer er gescreend wordt hoe minder de persoonlijke ervaring van en verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid gestalte zal krijgen. En of de uitkomsten van screeningsprojecten zelfs maar voor de meer lichamelijke aspecten van de gezondheid zullen leren of ze van nut zullen zijn, mag op grond van wat er aan diversiteit van meningen en literatuur reeds bestaat, ernstig worden betwijfeld. Dat door verscheidene onderzoeken in één zitting te combineren ook de verscheiden bezwaren zullen verminderen is mogelijk, maar het zullen toch bezwaren blijven.

Dat gezondheidsbevordering niet wordt bereikt door slechte gewoontes op te sporen en deze vervolgens af te raden, wordt nog eens benadrukt door een Rotterdams Caraproject, waarin bleek dat bij nieuw ontdekte (rokende) Carapatiënten, die hierna min of meer intensief werden begeleid, maar 7% ophield met roken, terwijl liefst 24% juist meer ging roken*. Mogelijk werkt dus een negatief advies, d.w.z. stoppen met roken of bijvoorbeeld veel eten (veel suiker, veel vet, veel alcohol), veel zitten, remmend op de wil tot veranderen en roept waarschijnlijk zelfs verzet op.

Belangrijk lijkt me daarom de suggestie van collega Damsté om in dié gevallen waar de levenswijze de gezondheid kan beïnvloeden te zoeken naar mogelijkheden om mensen tot een gezond verstand te enthousiasmeren en te motiveren en dan vooral op die punten waar de aanzet daartoe in de ander reeds aanwezig is. Dat zal dan niet via bevolkingsonderzoek zijn, want dat is juist op zoek naar mensen waar die eigen aanzet nu meestal net ontbreekt.

Haarlem, 8 januari 1978

B. C. Witsenburg, huisarts

* Huisarts en Wetenschap, 1977/12.

'DE ARTS IN DE ZWAKZINNIGENZORG'

Collega Verheul houdt in zijn ingezonden stuk (MC nr. 51/1977, blz. 1590) een pleidooi voor de huisartsentaak in de zwakzinnigenzorg. Zijn juiste omschrijving van die taak en de geweldige intensivering die hij aangeeft, zijn m.i. een sterk pleidooi voor een eigen specialisatie. Het werken als algemeen arts in de zwakzinnigenzorg, in epileptische centra e.d. geeft een toenemende groei in kennis en vaardigheid op een zeer specifiek, correct omschreven terrein en daarmee tevens een 'weg-groeien' van de taak van de algemene huisarts/gezinsarts. De opmerkingen van collega Verheul over al of niet verloskunde bedrijven en rode keeltjes kijken en over de artikelen van de AWBZ zijn caricaturaal voor huisarts en sociaal-geneeskundige. Zij doen af aan ieders eigen taak en

Heeze, 3 januari 1978

Th. J. G. Dekkers, huisarts te Heeze tevens huisarts epileptische centra 'Kempinhaeghe' en 'Providentia' verantwoordelijkheid.



NHI-nascholing hypertensie – Van februari tot en met april organiseert het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) op diverse plaatsen in ons land nascholingsavonden over hypertensie. Perifere nascholingswerkgroepen van de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) krijgen het programma dank zij een subsidie van de Nederlandse Hartstichting gratis aangeboden. In totaal zijn 68 bijeenkomsten met maximaal twintig deelnemers per avond gepland. Meer dan het zojuist gehouden NHI-symposium over hypertensie kan het avondvullend programma waarmee het instituut nu de boer op gaat zijn toegespitst op de speciale problemen met betrekking tot hypertensie(patiënten) waarmee de individuele huisarts worstelt. De avonden worden gegeven in de vorm van gestructureerde groepsdiscussies. Het programma wordt ingeleid met een 'audiovisueel' – een plaatje en een praatje – over een dagelijkse praktijksituatie bij een hypertensiecontrole; verder wordt er een 'audiovisueel' over bloeddruk vertoond. Kosten: f 20,— p.p. (te betalen ná ontvangst van de acceptgirokaart). Men kan zich voor deelneming opgeven bij de perifere nascholingswerkgroepen van de

Stichting Nascholing Huisartsen in de regio of bij de SNH zelf; groepen huisartsen kunnen zich ook aanmelden bij het Nederlands Huisartsen Instituut (Mw. M. C. Verhaar-v.d. Gouw), Postbus 2570-3500, Utrecht.

Medicatiebewaking via de computer – Via een centrale computer kunnen apothekers binnen een minuut te weten komen of de patiënt voor wie zij een geneesmiddel moeten bereiden te veel medicijnen krijgt en of er sprake is van dubbel voorschrijven. Ook overgevoeligheid voor bepaalde middelen, de uitwerking in combinatie met alcoholgebruik, de invloed op de rijvaardigheid en de noodzaak een ander geneesmiddel voor te schrijven kunnen in een oogwenk worden afgelezen op een in de apotheek op te stellen 'terminal'. Met behulp van dit nieuwe, kortgeleden door een Heerlens bedrijf geïntroduceerd systeem kunnen alle gegevens die betrekking hebben op patiënten en op de verkrijgbaarheid van geneesmiddelen in ons land worden bijgehouden. De privacy van de patiënt zou zijn gewaarborgd; bovendien kan iedereen weigeren zijn gegevens via de computer te laten controleren. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie wil het nieuwe systeem niet propageren: er bestaan meer medicatiebewakingssystemen, de apothekers moeten zelf maar uitmaken welk systeem zij willen benutten.

Nederland leefbaar? – Met het leven dat zij leiden zijn 80% van de Nederlanders best tevreden, zelfs al leven zij hun leven in een maatschappij die slechts een derde van hen aanstaat. Dit blijkt uit een CBS-onderzoek naar de leefsituatie van Nederlanders, waarover onlangs het een en ander werd bekendgemaakt. 'Gezondheid' bleek een erg belangrijke tevredenheidsfactor: 80% van de mannen en 74% van de vrouwen die werden geënquêteerd hadden niet te klagen over hun gezondheid. Een ander gegeven uit de rondvraag is, dat veel ouders niet goed weten wat ze met hun kinderen aan moeten; van de vaders van 35-44 jaar zei 14%, van de moeders in de zelfde leeftijd 21% met opvoedingsproblemen te kampen.

TV-TIPS

Zondag 22 januari 1978:
(Ned. II) NOS, 18.10-18.25 uur:
'Kijken naar kinderen'

Woensdag 25 januari 1978:
(Ned. II) Socutera, 20.25-20.30 uur:
'Nederlandse Stichting voor Leprabestrijding'

De dreigende verpaupering van de academische röntgenafdelingen

Averechtse bezuinigingen in de gezondheidszorg

Aangezien de wanhoop over de impasse waarin de academische röntgenafdelingen dreigen te komen enkele jongere collegae zó naar de lippen steeg dat zij de populaire pers haalden, wil ik graag dit probleem nog eens duidelijk maken in een collegiale omgeving.

De bezuinigingsmaatregelen in de gezondheidszorg kunnen slechts in de academische ziekenhuizen (als enige 'genationaliseerd', en wel via Onderwijs) volledig worden doorgevoerd. Deze bezuiniging treft vooral de sterkste groeiers, en veelal zijn dat ook nog de zelfde afdelingen die nog niet volgroeid zijn.

Doordat de röntgendiagnostiek én sterk groeit én in de academische ziekenhuizen nog niet realistisch is vertegenwoordigd, zijn ernstige moeilijkheden te verwachten of doen zich reeds voor: wachttijden, ontslagname van overbelaste stafleden, ontevredenheid wegens de onmogelijkheid tijd te besteden aan research en fundamenteel en wetenschappelijk onderzoek – toch ook een van de doeleinden van degenen die zich aan de academische ziekenhuizen lieten verbinden.

De onbekookte dreiging van staatssecretaris Klein van Onderwijs heeft bovendien de in wankel evenwicht verkerende stafopbouw – met klein kapitalistisch vernuft in stand gehouden bouwsels – helemaal aan het wankelen gebracht.

Onderbezetting

Dat de röntgendiagnostiek nog steeds een snelle groeier is en onvoldoende is vertegenwoordigd in academische ziekenhuizen, is af te leiden uit duidelijke gegevens en getallen:

door **Prof. Dr. C. B. A. J. Puylaert**

De heer Puylaert is hoogleraar in de röntgendiagnostiek aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

1. Van de artsen uit vrijwel alle specialismen werkt 20% in de academische ziekenhuizen, van anesthesie 15%, van de röntgendiagnostiek slechts 10% (NZI).
2. De groei van de röntgendiagnostiek is nog steeds actueel:
 - a. *nominaal*: er is een stijging van 40% in de laatste vijf jaar over geheel Nederland. Weliswaar zijn er duidelijke remmingen zichtbaar vooral in de jaren 1973 en 1974, maar vooral de grotere ziekenhuizen tonen de laatste jaren een sterke stijging (de academische röntgenafdelingen van Leiden, Utrecht en Nijmegen verrichten tussen 110.000 en 130.000 onderzoeken per jaar);
 - b. er is een zeer sterke stijging in de (*arbeids*)intensiteit van de röntgenonderzoeken. Dat geldt a fortiori bij het invoeren van nieuwe apparaten zoals de echoscan en ook de CAT-scan, maar ook voor de nog steeds stijgende angiografie.

De academische röntgenafdelingen werken in het algemeen met de zelfde personeelsbezetting als enkele jaren geleden, toen de hoeveelheid werk de helft was van nu. In Utrecht bijvoorbeeld werken nu vrijwel evenveel werkrachten nu er 130.000

onderzoekingen zijn, als toen er 70.000 waren. Aangezien het werk wordt gedaan op aanvraag van andere afdelingen, bestaat er nauwelijks een mogelijkheid tot zelfbeperking zonder de belangen van de andere klinieken te schaden.

Averechtse bezuiniging

Is er werkelijk sprake van bezuiniging? Wij menen daaraan te kunnen twifelen. Wij menen dat de bezuinigingsmaatregelen in dit geval een averechtse werking hebben. Dit is met een korte zin te verklaren: *de röntgendiagnostiek is een duur middel tot bezuiniging*. Die mening ontleen wij aan het volgende:

a. In de jaren '70 kreeg de snelle groei van de röntgendiagnostiek bekendheid. Dit leidde tot een snelle inhaalbouw van röntgenafdelingen. Deze vergroting van de röntgenafdelingen heeft er in vrijwel alle ziekenhuizen toe geleid dat de lange wachttijden wegsmolten. Dat kan men uit alle ziekenhuisverslagen leren. Het is moeilijk hard te maken, maar wel zeer aannemelijk, dat een groot gedeelte van de nu leegstaande bedden is veroorzaakt door verbetering van de röntgendiensten. (Van het Academisch Ziekenhuis Utrecht is bijvoorbeeld berekend dat vóór de vestiging van de huidige röntgenafdeling in 1970 per jaar ongeveer 10 miljoen gulden onnodig werd uitgegeven aan ligdagen van patiënten die lagen te wachten op röntgenonderzoeken.)

b. De vergroting van de röntgenafdelingen heeft er ook toe geleid dat de poliklinische röntgenonderzoeken in het algemeen

direct kunnen worden uitgevoerd, hetgeen de observatie van patiënten meer in de poliklinische sfeer heeft gebracht.

c. De directe verwijzing van de huisarts naar de röntgendiagnostiek-afdelingen, die voor Nederland wel mag worden gesteld op 30% van het totaal der onderzoeken, leidt tot een sterke besparing en ligt geheel in de lijn der bedoelingen bij de verplaatsing naar het eerste echelon (in het AZU 5%).

d. Een typisch voorbeeld van averechtse bezuiniging toont ook het beleid rondom de CAT-scan, de gecomputeriseerde axiale scanner, waarvan de hoge prijs (circa 1,5 miljoen) alle autoriteiten in het geweer bracht. Berekeningen van de American Hospital Association hebben nu uitgewezen, dat een dergelijk apparaat tot een jaarlijkse bezuiniging kan leiden van 2 miljoen dollar door de vermindering van ligdagen en van andere kostbare onderzoeken. In de Verenigde Staten en Nederland (en in vele andere landen) hebben de autoriteiten begrijpelijkerwijs getracht de aanschaf van deze kostbare apparatuur af te remmen of tenminste te bewaken. Men vraagt zich af of degenen die aan deze remming actief hebben meegewerkt zich nu ook verantwoordelijk zullen stellen voor de extra kosten die deze remming heeft meegebracht en voor het gebrek aan winst in gezondheid en levensverwachting dat erdoor wordt veroorzaakt. (Berekening in het General Massachusetts Hospital in Boston heeft uitgewezen, dat de tijdsduur verlopen tussen eerste symptoom en operatie bij hersentumoren is teruggebracht van 1 jaar tot 4 maanden).

Mistoestanden

Welke mistoestanden kan men verwachten?

1. Lange wachttijden. Reeds nu worden in academische ziekenhuizen lange wachttijden onvermijdelijk voor bepaalde onderzoeken, met name angio's en CAT-scans, met alle gevolgen zoals discomfort voor de patiënten, bezetten van kostbare bedden (en ironischerwijze lof van Den Haag voor de ziekenhuisdirecteur, die weer op hogere inkomsten van ligdagen

kan wijzen).

2. Later profiteren door de patiënten van de nieuwe verworvenheden op het gebied van de gezondheidszorg.
3. Tenslotte – hoewel daar natuurlijk tot het laatste voor zal worden gewaakt – kwaliteitsverlies of althans later stijgen van de kwaliteit.

Er is al een behoorlijke achterstand. In röntgenafdelingen vergelijkbaar met die in Nederlandse academische ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld in Engeland, Duitsland en de Verenigde Staten in het algemeen 20-30 stafleden werkzaam (in Nederland 5-8). De meeste klinici verlangen terecht meer aandacht en medewerking van de röntgenoloog voor hun specifieke problemen; van de neuroloog en neurochirurg is dat reeds lang bekend, maar hetzelfde geldt eigenlijk voor de oncoloog, de pediater, de maag/darmarts, de KNO-arts, de orthopaed, de longarts. Bij een voorzichtige opstelling komt men al gauw tot 20 man en een CAT-scan en echo-afdeling eisen een eigen röntgenoloog.

De röntgenafdelingen van de Nederlandse academische ziekenhuizen verrichten 110.000 tot 130.000 onderzoeken per afdeling per jaar. Als dit uit het normale type onderzoeken bestond, zouden daarvoor in een perifere ziekenhuis 10 tot 12 radiologen nodig zijn. In een academisch ziekenhuis mag men rekenen met het dubbele, gezien de tijd die moet worden besteed aan onderzoek en onderwijs maar vooral ook het zwaardere type onderzoek. Een deskundige rondblik in de röntgenwereld doet opmerken, dat in sommige perifere ziekenhuizen in Nederland reeds nu voor de helft van het aantal onderzoeken evenveel staf aanwezig is als in de academische röntgenafdelingen voor het dubbele.

De sterke groei van de röntgendiagnostiek heeft ook een tekort aan radiologen veroorzaakt. In Nederland is er 1 radioloog per 35.000 inwoners, in de Verenigde Staten 1 per 16.000 en in Rusland en België 1 per 10.000 respectievelijk 12.000. Dit ligt niet aan de opleiding zelf van de röntgenologen, die mogelijkheden tot opleiding ruim hebben opgezet. Tot 1970 waren er van de 150 opleidingsplaatsen slechts 50 bezet, op dit moment echter zijn alle afdelingen, zeker academische, voor jaren vol. Desondanks zal het vrijkomen van

deze radiologen onvoldoende blijken te zijn. Er moet worden gerekend dat 50-60 röntgenologen per jaar beschikbaar moeten komen. Het tekort wordt ieder jaar 15 tot 20 groter. De academische ziekenhuizen (die 75% van de huidige opleidingen verzorgen) zijn zeker bereid deze uitbreiding van de opleiding op zich te nemen, doch de huidige bezuiniging beperkt ook het aantal assistentenplaatsen; de academische ziekenhuizen moeten bovendien meer stafleden erbij hebben, om een zo groot aantal jonge röntgenologen te kunnen opleiden.

Was deze toestand niet voorspelbaar of vermijdbaar?

Deze toestand was inderdaad voorspelbaar en is voorspeld. De röntgenstaven van de academische ziekenhuizen hebben zich daarover al lang beraden: er zijn tientallen brieven verzonden aan directies, besturen (ook machteloos gemaakt door Den Haag) en ministeries; er is audiëntie verleend door staatssecretaris Hendriks en ook aan hem zijn alle papieren overgelegd. Ook met het ministerie van Onderwijs is contact opgenomen. Er zijn besprekingen gevoerd met commissies van gezondheidszorg en onderwijs van de Tweede Kamerfractie van het CDA. Er is over geschreven in Vrij Nederland, Elsevier en later weer in Vrij Nederland. De resultaten van al deze acties: nihil.

In het voorjaar van 1977 zijn de staven van de röntgenafdelingen van de academische ziekenhuizen bij elkaar gekomen ten einde te komen tot gezamenlijke maatregelen bij deze dreigende noodtoestand. De eerste besluiten van deze vergadering waren koud genomen, of de publikatie van de plannen van de heer Klein maakte de toch al moeilijk te verwezenlijken oplossingen totaal onmogelijk.

Voorstel tot verbetering

Het is duidelijk, dat de toestand die nu in de academische ziekenhuizen dreigt te ontstaan tot een crisis zal leiden en ook zal ontstaan in de perifere ziekenhuizen. Er is een onvoldoende aantal röntgenologen en een onvoldoende opleidingscapaciteit. De voor de hand liggende opleiders, de academische ziekenhuizen, zullen meer röntgenologen moeten opleiden. Dit is mogelijk, want in Leiden werden

reeds sinds 1969 10 extra assistenten opgeleid, die destijds ook al vanwege het toen heersende tekort, waren toegestaan (intussen zijn die extra plaatsen gedaald tot 4).

De röntgenstaven van de academische ziekenhuizen zijn te druk bezet, om deze extra opleiding zonder meer te kunnen accepteren. Er zal een vergroting van de staven met minstens 5 tot 10 man per afdeling moeten worden bewerkstelligd, voor de toename van de werkzaamheden en opleiding.

Dit zal ongetwijfeld een operatie zijn, die tegen de huidige bezuinigingsrage indruist. De academische röntgenstaven zijn waarschijnlijk gaarne bereid deze regeling tijdelijk te accepteren, ten einde te kunnen bewijzen hoe juist hun opvatting is. Na een viertal jaren zal dan een groter aantal röntgenologen op de markt komen en zullen de tekorten in de perifere ziekenhuizen ook langzamerhand kunnen worden aangevuld. Als dit niet gebeurt zal men weer de toestand krijgen uit de jaren 1965 tot 1970, met lange wachttijden, chaos en stagnatie.

Deze maatregel is natuurlijk *merkbaar bij alle groeiers*. Voor de anesthesie is het nauwelijks nodig dat nog te vermelden. Maar de röntgendiagnostiek is een koploper, omdat die sneller groeit. Bovendien krijgt de röntgendiagnostiek het werk aangeboden door anderen. Het is dus een 'open-end' afdeling, in tegenstelling bijvoorbeeld tot een klinische afdeling die 'closed-end' is. Een klinische afdeling wordt nu eenmaal bepaald door de arbitraire vaststelling van het aantal bedden, maar de röntgenafdeling en de laboratoria, en ook de kantine van het ziekenhuis, hebben te accepteren wat er voor werk wordt aangevoerd. De verpaupering die er nu dreigt voor de röntgenafdelingen, zet zich tenslotte voort in de rest van het ziekenhuis. Een ziekenhuis is nooit sterker dan zijn röntgenafdeling, laboratorium en anesthesie.

Gehoor en armslag gevraagd

Zijn de uitgaven in de gezondheidszorg nu werkelijk zo hoog?

Ik krijg de indruk dat ze alleen hoog lijken omdat ze hoger zijn dan vroeger. Maar wat er nu in de medische wereld gebeurt is slechts een uitvoering van de wens van ieder mens, die immers bij

ziekte of dood van een familielid pleegt te zeggen: 'Ik heb er alles aan gedaan', en onze maatschappij is nu pas rijk genoeg om aan dit verlangen uitvoering te geven. Dat wil niet zeggen dat er geen halt moet worden toegeroepen aan verspilling, maar het wil wel zeggen dat men een duur middel tot bezuiniging niet moet schuwen.

De röntgenafdelingen van de academische ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen zelf mogen hopen, dat de bewindslieden in de regering als eerste doel hebben dat hun universiteiten en hun academische ziekenhuizen goed werken en pas daarna, als hun 'zaak' goed loopt, gaan denken aan de idealen van hun partij. De academische ziekenhuizen mogen ook hopen, dat die bewindslieden deskundig zijn en op de hoogte van wat op buitenlandse bijeenkomsten en congressen over de toekomstproblemen al lang gemeengoed is, waarover studies en waarvoor oplossingen bestaan. In alle westerse landen wordt aan de gezondheidszorg ongeveer 10% van het nationale inkomen besteed. De problemen zijn overal hetzelfde. Het is nuttig, dat niet alleen de medici maar ook degenen die hen besturen zich op de hoogte stellen van oplossingen die men in het buitenland voor deze problemen reeds heeft gevonden.

Mag ik het nog eenmaal kort samenvatten: bezuinigingsmaatregelen in de gezondheidszorg treffen de snel groeiende disciplines extra sterk. De röntgenafdelingen behoren tot de snelste groeiers; bezuinigingsmaatregelen die deze groei remmen hebben een averechtse uitwerking, omdat er lange wachttijden

door ontstaan en omdat de snelle weg naar diagnose wordt geblokkeerd. Tenslotte zal zich een tekort aan radiologen ook doen gevoelen in de andere ziekenhuizen, wat ook daar tot averechtse bezuiniging zal leiden. Op een röntgenafdeling bestaat geen mogelijkheid tot beperking zonder de andere klinieken te schaden. Het is bovendien nodig dat directies, staven en besturen van academische ziekenhuizen, die de problemen kennen, meer gehoor en armslag krijgen.

Literatuur

Voor literatuur zij verwezen naar de lijst behorende bij de volgende publikaties van de auteur:

1. De expansie van de röntgendiagnostiek *Medisch Contact* nrs. 24 en 25/1969, blz. 685 en 715.
2. A survey of the consequences of expansion in radiodiagnosis. *Proceedings of the Second Congress of the European Association of Radiology*. *Excerpta Medica* - Amsterdam 14-18 Juni 1971, blz. 39-41.
3. Expansion in radiodiagnostic work in the Netherlands. *Planning of radiological departments*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. September 1974, blz. 22-30.
4. Groei röntgendiagnostiek in Europa 1970-1976. *Verenigingsverslag Ned. Ver. v. Radiologie* 17 September 1977 (ter perse).
5. Röntgendiagnostiek en huisarts. *Het Medisch Jaar* 1977. Bohn Scheltema & Holkema, Utrecht 1977.

Rectificatie Uitspraak Raad van Beroep

In de uitspraak van de Raad van Beroep, inzake de klacht tegen een arts die als gemeenteraadslid onzorgvuldig en nodeloos grievend jegens een collega was opgetreden (MC nr. 2/1978, blz. 59) staat aan het slot ten onrechte dat de Raad de klacht *ongegrond* heeft verklaard. De Raad had de klacht wel degelijk *gegrond* verklaard, doch - gelet op het principiële karakter van deze zaak - afgezien van het opleggen van een maatregel.

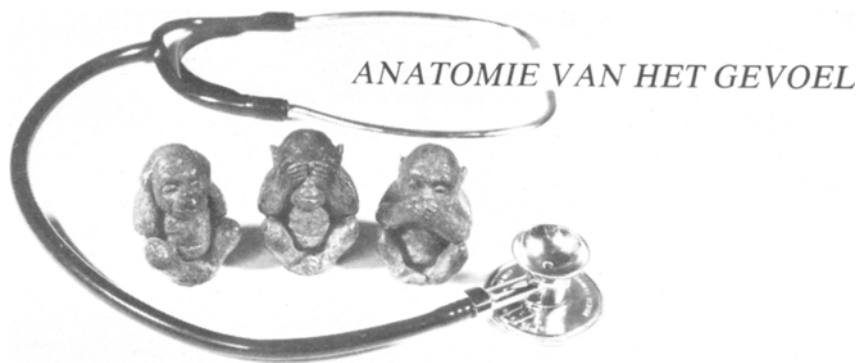
Open hartoperaties in Academisch Ziekenhuis Utrecht

Het Academisch Ziekenhuis Utrecht zal op korte termijn kunnen beginnen met de open hartchirurgie. De Ministerraad is, op voorstel van de minister van Onderwijs en Wetenschappen Dr. A. Pais, akkoord gegaan met het ter beschikking stellen van de benodigde middelen. Het AZU hoopt dit jaar nog een 100 open hartoperaties te kunnen verrichten. Gestreefd wordt naar 2.000 operaties in 1980.

De operaties zullen worden uitgevoerd in de reeds bestaande kliniek voor harten- en vaatchirurgie. Sinds eind maart 1970 heeft hier geen open hartchirurgie meer plaatsgevonden. Het is nodig enkele eenvoudige bouwkundige voorzieningen te treffen om de kliniek, waar wel al intensief vaatchirurgie (onder meer niertransplantatie) wordt beoefend, voor de open hartchirurgie aan te passen. Eerdere, veel grotere en kostbaarder plannen voor algehele nieuwbouw behoeven volgens het ziekenhuisbestuur nu niet te worden gerealiseerd. Met de bouwkundige aanpassing van de kliniek zal dit kwartaal worden begonnen.

Tweede fase

Met het voorgenomen begin van de open hartchirurgie in het AZU is in feite sprake van de tweede fase in de reactivering van de Utrechtse (academische) hartchirurgie. In 1976 werd besloten tot de eerste fase van de reactivering, namelijk in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Daar bestaat thans een operatiecapaciteit van ca. 150 per jaar. Met dit aantal en dat van het AZU meegerekend zullen in de gezamenlijke academische ziekenhuizen in 1978 waarschijnlijk 2.000 hartoperaties worden verricht. Het hiervoor benodigde personeel zal ter beschikking komen en de noodzakelijke apparatuur zal worden aangeschaft.



Als een opgedotte kermispop

Na wat routinecontroles op de Intensive Care werden Joop – mijn assistent van die avond – en ik vlak voor het einde van de voetbalwedstrijd Feyenoord tegen een of andere Belgische club wegge'piept' door de EHBO. Daar was een wat oudere man gearriveerd met een denderend asthma cardiale. Hij was meer dood dan levend, zag asgrauw en zweette als een rund. Helaas heb ik die eerste minuten niet zo van nabij kunnen meemaken, want ik moest die ellendige status van hem opsnorren op de poli. Toen ik terugkwam was de patiënt al heel wat opgeknappt. We hebben hem naar de Coronary Care gebracht, waar de een of andere specialist Joop erop wees dat zijn afdeling het verdere beleid van de patiënt bepaalde en niet Joop of iemand anders van de algemene internen. Dr. Van Leyden, de dienstdoende interniste, kon dit niet verkroppen. Via de telefoon werd er in het klein een relletje geschopt. Ondertussen stonden de echtgenote en de zoon van de patiënt met rooddoorlopen ogen bij het bed; die zoon vroeg nog aan Joop of zij een zuster van hem in Nieuw-Zeeland moesten waarschuwen, hetgeen Joop in bedekte termen zei inderdaad nuttig te achten.

Toen deze man in kannen en kruiken was, meldde zich een patiënte die voor de derde maal bewusteloos was gevallen. Joop zei, dat ze dissimuleerde. Nu blijkt dat het 'bagatelliseren' van je klachten te betekenen, net het omgekeerde van wat ik dacht. We hebben haar van top tot teen onderzocht – een gelegenheid bij uitstek om nog even de achillespeesreflex te oefenen, die mij nog steeds niet al te best lukt.

Ik lag net onder de wol, toen ik 'piep-piep . . . piep-piep' hoorde achter mijn dolle kop. Ik belde en ja hoor . . . er was iemand overleden, nota bene een vrouw van mijn eigen afdeling van slechts 42 jaar met een gemetastaseerd carcinoom. Dat beloofde spannend te worden, want ik had de nodige tijd geen lijk meer gezien. Joop (hij

was zich net aan het douchen en de hele vloer van zijn kamer was bedekt met water) en ik stevenden af naar ons paviljoen. Eerst konden we die kamer van haar niet vinden. Ik had de overledene verward met een andere vrouw, die enkele dagen daarvoor aan een CVA was overleden. In het verpleegsterskamerkje was geen haan te bekennen; wel stonden er flinke borden met macaroni en heerlijke ham, waar de rook van opsteeg. God, wat had ik een trek. Maar nee, we moesten de patiënte dood verklaren. Mevrouw A. lag er als een opgedotte kermispop bij, met haar kaken nog van elkaar. We hebben eerst de pols gevoeld, die nog warm was. Joop duwde toen op de lichtstijve papil; hij zag wat, wat ik niet zag: de pupillen vervormden zich. Mevrouw was inderdaad morsdood.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(12)

In de kamer van de hoofdverpleegster zat de familie: haar huilende echtgenoot, een broer en twee zusters. Ook zij waren doodmoe. Liters koffie waren door hun magen gegaan, want al vanaf de vroege morgen hielden zij bij haar de wacht. Nou, ik neem mijn petje voor Joop af. Het was de eerste keer dat hij de dood moest bevestigen, maar het ging voortreffelijk. Het was wat vervelend voor hem, dat hij meteen om de obductie moest vragen. Ik benijdde zijn fantasie, toen hij woorden in de geest van 'een kleine operatie ten bate van haar medepatiënten' liet vallen. Alles was binnen een kwartiertje bekeken.

Alexander van Es

De weekenddienst van huisartsen in Nederland (III)

Enkele aanbevelingen voor een betere opzet

■ *'To establish liability by a doctor where deviation from normal practice is alleged three facts must be established. First of all it must be proved there is a usual and normal practice. Secondly, it must be proved that the doctor has not adopted that practice, and thirdly (this is of crucial importance), it must be established that the course the doctor adopted is one that no professional man of ordinary skill would have taken if he had been acting with ordinary care.'* ■

In dit derde artikel over de weekenddienst van huisartsen in Nederland doen de auteurs enkele aanbevelingen voor een betere opzet van de weekenddienst. In de beide vorige nummers werden de resultaten van het onderzoek dat de werkgroep 'weekenddiensten' van de commissie wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (waarvan zij deel uitmaken) naar de weekenddienst verrichtte, gepubliceerd.

Uitgaande van een omschrijving van het begrip 'continue bereikbaarheid' worden nu enkele organisatorische voorwaarden hiertoe geformuleerd. Deze worden vervolgens getoetst aan de situatie van de weekenddienst in Nederland. Daarbij komt in het kort ook het patiëntenaandeel in de continue bereikbaarheid aan bod.

De denkbeelden die aan de orde komen weerspiegelen het standpunt van de auteurs. Ze zijn bedoeld om een bijdrage te leveren aan de discussie over een meer professionele opzet van de weekenddienst.

Inleiding

Kritiek op de organisatie van de weekenddienst is een hachelijke onderneming. Dit blijkt als het bovengenoemde citaat wordt toegepast op de weekenddienstsituatie. Drie feiten moeten in dat geval vaststaan. In de eerste plaats dient er zoiets als een modelorganisatie van de weekenddienst te bestaan. Uit het onderzoek naar de weekenddienst bleek, dat in Nederland een grote verscheidenheid aan organisaties voorkomt². Daarmee wordt het onmogelijk na te gaan of het tweede feit van het citaat kan worden geconstateerd. Nog moeilijker is het een bepaalde vorm van weekendwaarneming te kritiseren met het argument, dat een dergelijke regeling in huisartsenkring weinig voorkomt. Immers, in bepaalde gevallen kan een afwijkende regeling juist nodig zijn, bijvoorbeeld ten gevolge van lokale verschillen in de hulpverleningssituatie. Is het om deze redenen al moeilijk algemene normen voor de weekendorganisatie op te stellen, een bijkomende complicatie is dat normen

door **J. van Eijk,**
J. Gubbels
en **K. van der Meer**

De heer Van Eijk is socioloog-methodoloog, de heer Gubbels statisticus, de heer Van der Meer huisarts.

hiervoor op dit moment in feite ontbreken. Dit artikel wil dan ook geen kritiek leveren op de bestaande vormen van weekenddienstregelingen. Veeleer is het bedoeld als bijdrage aan de discussie over normering van de regelingen voor hulpverlening tijdens het weekend.

Wij gaan ervan uit, dat elke huisarts mede verantwoordelijk is voor een optimale hulpverlening. Tijdens het weekend houdt deze verantwoordelijkheid naar onze opvatting méér in dan de zorg voor de beschikbaarheid van een vervanger. Naar onze mening houdt dit ook in, dat de hulpverlening door een vervanger tijdens het weekend zoveel mogelijk aansluit bij de hulpverlening door de eigen huisarts door de week. In het

volgende zullen wij het begrip 'continuïteit' toegespitst op de hulpverlening tijdens het weekend nader omschrijven.

Nadere begripsbepaling

Recente uitspraken in de Haagse Post³ suggereren dat men beter niet ziek kan worden op zondag. De oorzaak wordt gezocht in een falende organisatie van de weekenddienst. Voor te grote weekenddienstpopulaties – zo wil het verhaal – worden bovendien waarnemers van buiten ingehuurd. Dezen kunnen niet alle hulpvragen beantwoorden, mede omdat zij bij piekbelastingen vaak niet kunnen terugvallen op een achterwacht. Klachten die bij medische tuchtcolleges worden ingediend, hebben veelvuldig betrekking op het niet of te laat beantwoorden van hulpverlening⁴. Continue bereikbaarheid wordt essentieel geacht voor een optimale hulpverlening tijdens het weekend. Voor een nadere aanduiding van het begrip 'continue bereikbaarheid' gaan wij uit van een begripsanalyse van

Schouwstra⁵. Uit deze analyse blijkt, dat aan het begrip nogal wat verschillende betekenissen worden toegekend. Vanuit de optiek van de hulpverlener dient volgens Schouwstra continuïteit te worden opgevat als ‘een samenhangend, voortdurend tot activiteit gereedgehouden geheel van gezondheidsvoorzieningen’. Continue bereikbaarheid is volgens de auteur specifiek voor de eerstelijns hulpverleningssituatie. Schouwstra daarover: ‘Voor de patiënt is een continue bereikbaarheid van geneeskundige (maar ook van geestelijke en sociale) hulp van het grootste belang. *Dit aspect van het begrip continuïteit is een belangrijke eerstelijnsfunctie en het behoort tot de verantwoordelijkheid van de huisarts daarvoor te zorgen.*’ In overeenstemming met de ontwikkelingen in andere sectoren van de samenleving claimt de huisarts van nu ook arbeidsvrije uren. Dit heeft tot gevolg, dat hij tijdens een gedeelte van de week niet beschikbaar is. Om de bezwaren die hieraan kleven op te heffen, pleit Schouwstra voor een voor waarnemers toegankelijk registratiesysteem en voor een vast samenwerkingsverband. De discontinuïteit van de hulpverlening als gevolg van de absentie van de eigen huisarts dient blijkbaar zoveel mogelijk te worden ondervangen door een zodanige regeling te treffen, dat zoveel mogelijk wordt tegemoetgekomen aan de nadelen van deze discontinuïteit. Het gaat kennelijk om een aanvaardbaar compromis tussen recht op vrije tijd en kwaliteit van de zorg. Aangenomen dat continuïteit van de zorg – in de zin van continue bereikbaarheid – een specifieke eerstelijnsfunctie is, dan is een dergelijk compromis slechts aanvaardbaar als de kans dat de hulpverlening door een waarnemer strijdig is met die van de eigen huisarts zoveel mogelijk wordt uitgesloten. Hoewel deze kans in feite niet is uit te sluiten, onderschrijven wij de opvatting dat het treffen van organisatorische regelingen een noodzakelijke voorwaarde tot verkleining van die kans vormt. *Van continuïteit van de hulpverlening tijdens afwezigheid van de eigen huisarts is sprake als de hulpverlening door de waarnemer zoveel mogelijk is afgestemd op de hulpverlening door de eigen huisarts, met name in die gevallen dat dit voor de gezondheid van de betreffende hulpvragers van belang is.*

In het volgende zullen wij, toegespitst op de afwezigheid van de eigen huisarts tijdens het weekend, ingaan op een aantal organisatorische voorzieningen die huisartsen zouden kunnen treffen om de beoogde overeenstemming in hulpverlening na te streven.

Organisatorische regelingen als voorwaarden voor continuïteit

Aan het begrip ‘continuïteit’ zoals door ons in de vorige paragraaf omschreven zijn twee aspecten te onderscheiden. Het eerste aspect heeft betrekking op de *beschikbaarheid van hulp* tijdens afwezigheid van de eigen huisarts. Dit aspect van de continuïteit vormt een minimumeis die aan de hulpverlening tijdens het weekend kan worden gesteld. Organisatorische regelingen die de garantie vormen dat dit aspect voldoende is gerealiseerd, hebben vooral betrekking op het aantal zielen waarover de zorg zich uitstrekt en op de bereikbaarheid van de dienstdoende huisarts voor zijn patiënten tijdens de dienst.

Is dit aspect van de continuïteit gerealiseerd, dan wil dit nog niet zeggen dat dit ook voor het andere aspect geldt. Het gaat hier om de *kwaliteit van de hulp*. In aansluiting op het voorgaande wordt hieronder die hulp verstaan, die zoveel mogelijk is afgestemd op de doordeweekse hulp. Organisatorische regelingen die de voorwaarde voor een onderlinge afstemming van hulp door de eigen en de dienstdoende huisarts vormen, zijn toegankelijkheid van informatie over patiënten voor wie wordt waargenomen, communicatiemogelijkheden over weekenddienstverrichtingen voor en na de dienst en de mogelijkheid tot uitwisseling van informatie over

medische aangelegenheden in de waarnemingsgroep. De genoemde organisatorische regelingen dragen in opklimmende volgorde bij tot wat naar onze opvatting optimale hulpverlening tijdens het weekend inhoudt. Hieronder zullen wij de situatie van de weekenddienst in Nederland toetsen aan de organisatorische regelingen die als voorwaarde voor continuïteit in de zin zoals door ons omschreven gelden.

Beschikbaarheid van hulp

In principe heeft in Nederland elke huisarts een regeling getroffen voor vervanging bij afwezigheid. Nagenoeg alle huisartsen opereren daartoe in een weekenddienstverband⁶. Het gaat ons dan ook meer om de tijdens de dienst te realiseren beschikbaarheid van medische hulp.

Te geringe beschikbaarheid van hulp door een te grote potentiële workload van de dienstdoende arts.

De kans dat de dienstdoende huisarts tussen twee spoedeisende hulpvragen tijd te kort komt, hangt uiteraard nauw samen met de totale weekenddienstpopulatie die hij te verzorgen heeft. Het komt noal eens voor, dat bij grotere weekenddienstpopulaties meerdere artsen tegelijk dienst doen. Toch geldt voor 47% van de weekenddienstorganisaties die een weekenddienstpopulatie van meer dan 20.000 zielen hebben, dat zij geheel alleen dienst doen (zie *tabel 1*). Het betreft hier ongeveer tachtig organisaties, maar het gaat om relatief veel huisartsen daar vooral voor de grotere weekenddienstgroepen de zorg zich ook over grotere weekenddienstpopulaties uitstrekt. Voor huisartsen die voor méér dan 20.000 zielen alleen dienst doen, geldt overigens in 38% van de gevallen dat

Tabel 1. Weekenddienstgroepen in Nederland naar grootte van de patiëntenpopulatie en het aantal dienstdoende artsen (N=540, onbekend=38).

aantal dienstdoende artsen	weekenddienstpopulatie		
	kleiner dan 10.000	10.000 – 20.000	meer dan 20.000
één huisarts	95,7%	84,1%	47,5%
meer dan één huisarts	4,3%	15,9%	52,5%
totaal	100,0% (139)	100,0% (239)	100,0% (162)

geén van de leden van de groep reservedienst heeft (zie tabel 2).

Behandeling van patiënten, met name in spoedgevallen, kan gevaar lopen doordat de dienstdoende huisarts te veel werk moet verzetten. Daar deze situatie a fortiori opgaat voor spoedeisende gevallen, berekenden wij voor grote en kleine weekenddienstpopulaties de kans op één of meer spoedgevallen in een bepaald tijdsbestek.

Uit figuur 1 kunnen we afleiden, dat de kans op een nieuwe aanvraag voor een spoedvisite in één uur in weekenddienstpopulaties met minder dan 20.000 zielen ongeveer 30% kleiner is vergeleken met de kans daarop in grotere weekenddiensten. De kans is over het geheel genomen nog zeer klein, maar aangenomen kan worden dat zij vele malen groter is dan door de week doordat de zorg zich dan slechts over de eigen, dus kleinere, praktijkpopulaties uitstrekt. Welke kans nog toelaatbaar is valt moeilijk te beoordelen. De instelling van een achterwacht tijdens de weekenddienst sluit de kans op een spoedeisende hulpvraag die niet kan worden beantwoord evenwel nagenoeg uit.

Te geringe beschikbaarheid van de dienstdoende arts door onvoldoende bereikbaarheid.

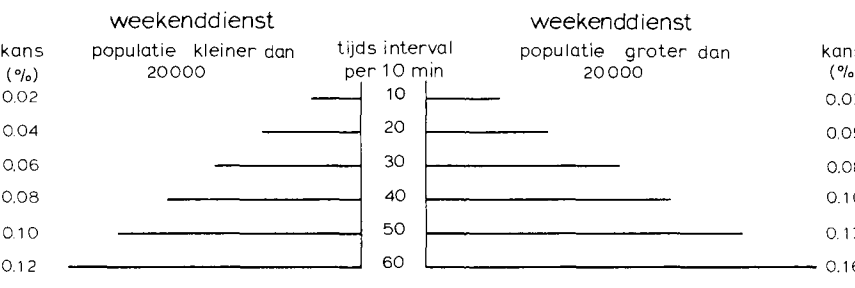
Van essentieel belang voor de continuïteit van de hulpverlening is ook de vraag naar de mogelijkheid om de dienstdoende huisarts bij spoedgevallen op te roepen. Liefst 37% van de dienstdoende huisartsen beschikt niet over deze mogelijkheid (tabel 3). Wij achten dit een ernstige lacune in de medische zorg tijdens het weekend, waarin vrij gemakkelijk en goedkoop kan worden voorzien door bijvoorbeeld per weekenddienstgroep een semafoon-installatie aan te schaffen.

Een meer afgeleide vorm van de directe bereikbaarheid van de dienstdoende

Tabel 2. Het percentage weekenddienstgroepen waarin één of meerdere huisartsen dienst hebben, naar het aantal artsen met achterwacht, voor weekenddienstgroepen met meer en minder dan 20.000 zielen (N=525, onbekend=52).

aantal huisartsen met achterwacht	weekenddienstpopulatie			
	groter dan 20.000		kleiner dan 20.000	
	één huisarts dienst	meerdere huis-artsen dienst	één huisarts dienst	meerdere huis-artsen dienst
geen huisarts met achterwacht	38,5% (40)	61,5% (64)	78,9% (247)	21,1% (66)
één of meerdere huisartsen met achterwacht	38,9% (21)	61,1% (33)	66,7% (36)	33,3% (18)

Figuur 1. Kans op twee of meer spoedvisites voor huisartsen, met de zorg voor minder en meer dan 20.000 zielen, in periodes van 10 tot 60 minuten.



huisarts is de kennis die patiënten kunnen nemen van de weekenddienstregeling. Het blijkt, dat het merendeel der huisartsen hiervoor op een of andere wijze een voorziening heeft getroffen (zie tabel 4). In de meeste gevallen wordt via een antwoordapparaat naar de dienstdoende arts verwezen (91%). Velen ook kondigen via de krant de weekenddienstregeling aan (72%). Het verdient aanbeveling hiervoor een krant te nemen die elk gezin of huishouden bereikt, bijvoorbeeld een plaatselijk blad. Uit de vermelde percentages blijkt, dat huisartsen vaak van meerdere mogelijkheden tegelijk gebruik maken. Uit de patiëntenenquête bleek overigens, dat het overgrote deel van de patiënten uitermate tevreden was over de wijze waarop de weekenddienst werd aangekondigd⁷.

Kwaliteit van de hulp

Toegankelijkheid van informatie over patiënten.
In 41% van de weekenddienstgroepen kan de dienstdoende huisarts van alle huisartsen de noodzakelijke informatie krijgen over patiënten voor wie hij waarneemt, in 35% van de groepen kan dit bij enkelen en 23% heeft bij geen enkele huisarts de mogelijkheid om informatie te krijgen over patiënten als dit noodzakelijk is (tabel 5). Het lijkt haalbaar elke dienstdoende huisarts toegang tot het kaartsysteem van zijn collega's te verschaffen, mits de groep niet al te groot is. Een praktisch probleem kan daarbij zijn, dat de dienstdoende huisarts zijn weg moeilijk kan vinden in het registratiesysteem van de huisarts voor wie hij waarneemt. Dit probleem is slechts oplosbaar voor zover de toegang tot de registratie onderdeel vormt van de regelingen welke verder in dit artikel aan de orde komen. Zo is het denkbaar dat de waarnemer, als hij van tevoren van mogelijke problemen tijdens de dienst door de huisarts die hij vervangt op de hoogte is gesteld, de informatie over die patiënten van tevoren krijgt toegespeeld. In samenwerkingsverbanden die zelfstandig weekenddienst draaien is de toegang tot patiënteninformatie waarschijnlijk al gerealiseerd, maar in

Tabel 3. Van welke oproepinstallatie maakt u gebruik tijdens het weekend? (N = 612, onbekend = 10)

geen	37,1%
semafoon	52,0%
mobilofoon	5,7%
andere	5,2%
totaal	100 % (612)

Tabel 4. Hoe wordt de weekenddienstregeling aan het publiek kenbaar gemaakt? (N = 613, onbekend = 9)

antwoordapparaat	91,3%
krant	72,2%
bord aan huis	82,0%
dokterstelefoon	24,0%
anders	5,2%

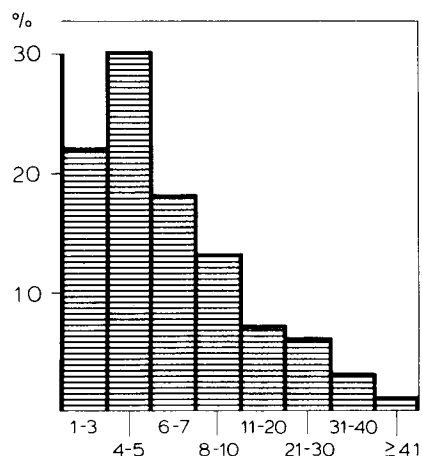
de overige groepen die niet te groot zijn is via een sleutel van de betreffende praktijk de mogelijkheid van informatie, indien urgent, te realiseren.

Tabel 5. Kunt u van de patiënten van de andere artsen eventueel noodzakelijke informatie verkrijgen? (N = 561, onbekend = 17)

Ja, bij allen	41,2%
Ja, bij enkelen	35,5%
Nee, bij geen enkele	23,3%
totaal	100,0% (561)

Grootte van de weekenddienstgroepen. Weekenddienstgroepen kunnen niet te groot zijn indien de deelnemende huisartsen elkaars medisch-technische gewoonten willen leren kennen. Ongeveer 17% van de

Figuur 2. Verdeling van het aantal weekenddienstgroepen in Nederland naar het aantal deelnemende artsen in procenten van het totaal (N = 578).



weekenddienstorganisaties bestaat uit meer dan 10 leden (figuur 2). Wel moeten we beseffen dat het hier om ongeveer de helft van de Nederlandse huisartsen gaat. Kennis van elkaars medisch handelen is in kleinere groepen beter gewaarborgd⁸. Indien huisartsen die voor elkaar waarnemen van elkaars medische gewoonten op de hoogte zijn, is de kans op een betere wederzijdse afstemming van de hulpverlening groter. Bovendien worden patiënten niet door mogelijk tegenstrijdige behandelwijzen in verwarring gebracht.

Vergaderfrequentie.

Of betere kennis van elkaars medisch handelen ontstaat is niet alleen afhankelijk van de groepsgrootte. Een andere belangrijke voorwaarde hiertoe is de mogelijkheid om bijvoorbeeld op geleide van de weekenddienstverrichtingen aspecten van de hulpverlening te bespreken. Naast een betere onderlinge afstemming van de hulpverlening heeft dit als gunstig neveneffect een zekere bijscholing van de leden van de weekenddienstgroep. De bereidheid om eigen handelen ter discussie te stellen is echter van beslissende betekenis voor een dergelijke ontwikkeling. Uit ons onderzoek blijkt, dat de organisatorische voorwaarden voor het bereiken van het bovengeschetste doel nauwelijks voorhanden zijn. Liefst 54% van alle groepen komt minder dan één keer per maand bijeen en 22% van de groepen nooit (tabel 6).

Tabel 6. Vinden er regelmatig bijeenkomsten plaats in weekenddienstverband? (N = 561, onbekend = 17)

1 x per week of vaker	6,6%
1 x per week-1 x per maand	16,9%
incidenteel	54,5%
nooit	21,9%
totaal	99,9% (561)

Overigens reikt geringe vergaderfrequentie veel verder dan alleen gebrekkige kennis van elkaars gewoonten. Ook de regelingen rond de weekenddienstorganisatie kunnen daardoor minder aan de orde worden gesteld.

Inhuren van een waarnemer.

In de pers is gewag gemaakt van de situatie dat voor weekenddienstgroepen waarnemers – dus buitenstaanders – worden ingehuurd. Het is evident, dat in zo'n situatie de continuïteit van de behandeling gevaar kan lopen. Het gaat hier immers vaak om artsen die deze waarneming op zich nemen in afwachting van een plaats op een opleiding of van het tijdstip waarop zij hun militaire dienstplicht moeten vervullen. Uit ons onderzoek blijkt, dat slechts weinig artsen vaak van deze mogelijkheid gebruik maken: 4% maakt altijd gebruik van de diensten van een waarnemer, 8% doet het soms⁹.

Weinigen maken dus *altijd* gebruik van diensten van een waarnemer. Aan de minimeis van continuïteit is weliswaar dan voldaan, maar of hier ook sprake is van optimale hulpverlening kan men zich afvragen.

Overdracht van informatie over patiënten vóór en ná de weekenddienst.

Informatie vóór de dienst: Belangrijk voor de continuïteit van de hulpverlening tijdens het weekend is de overdracht van gegevens over ernstig zieke patiënten aan de dienstdoende huisarts. In 39% van alle weekenddienstgroepen is als vaste regel gesteld, dat de dienstdoende arts door alle huisartsen voor wie hij waarneemt op de hoogte wordt gebracht van problemen die tijdens de dienst zouden kunnen ontstaan. Bij 43% gebeurt dit slechts door enkelen van de weekenddienstgroep; hier wordt deze regel kennelijk niet door alle leden van de groep onderschreven. In 18% van de weekenddienstgroepen wordt de dienstdoende arts door geen der huisartsen voor wie hij dienst doet van mogelijke problemen tijdens de dienst in kennis gesteld (tabel 7).

Tabel 7. Wordt u vóór Uw dienst op de hoogte gebracht van eventuele problemen? (N = 566, onbekend = 11)

Ja, door allen	39,0%
Ja, door enkelen	42,6%
Nee, door geen enkele	18,4%
Totaal	100% (566)

Het lijkt organisatorisch gemakkelijk realiseerbaar de dienstdoende arts in kennis te stellen van mogelijke problemen tijdens de dienst, al moet gesteld worden dat met name grotere weekenddienstgroepen ook hier in het nadeel zijn.

Informatie ná de dienst: Voor continuïteit in de hulpverlening is overdracht van informatie over tijdens de dienst behandelde patiënten na afloop van de dienst evenzeer van belang. In de regel worden ziekenhuisopnamen, behandelingen van particuliere patiënten en sterfgevallen grotendeels gerapporteerd. Voor verwijzing geldt dit voor 86% van de waarnemingsgroepen. Toch is het bijna ongelooflijk, dat in 5% van de

weekenddienstgroepen sterfgevallen niet worden doorgegeven. Overigens vindt in nagenoeg alle groepen rapportage in een of andere vorm plaats. Slechts 1% doet dit niet; 26% rapporteert schriftelijk en 69% handelt de zaken telefonisch af¹⁰.

Aandeel patiënten in de continuïteit van de hulpverlening

Vaak wordt gesteld dat huisarts en patiënt beiden verantwoordelijk zijn voor een optimale hulpverlening tijdens het weekend. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de huisarts zorg te dragen voor een organisatorische opzet van de weekenddienst die continuïteit van de hulpverlening garandeert. Waaruit bestaat nu de verantwoordelijkheid van patiënten voor continuïteit? In het algemeen bestaat deze daarin, dat patiënten alleen in gevallen van uiterste noodzaak tot het invoeren van hulp overgaan¹¹. Onnodige hulpvragen verminderen immers de bereikbaarheid van de dienstdoende huisarts voor spoedgevallen. Op zich genomen is deze uitspraak vrijblijvend. Zij veronderstelt namelijk dat patiënten voldoende kennis hebben van de urgentie van behandeling en zij houdt geen rekening met het feit dat patiënten vanuit een wezenlijk andere optiek tegen hun klachten aankijken als de huisarts: de huisarts oordeelt naar risico volgens medische maatstaven, patiënten oordelen naar de subjectieve beleving van de klachten. We zagen dat patiënten vooral hulp inriepen omdat de verschijnselen erger werden, omdat zij zich ongerust maakten en omdat zij meer pijn hadden¹². Volgens de maatstaven van de huisarts riep 9% van de patiënten te laat hulp in en van 28% van de patiënten vond de dienstdoende huisarts dat zij evengoed tot na het weekend hadden kunnen wachten¹³. Ook de patiënten werd gevraagd of zij vonden dat ze achteraf met het invoeren van hulp hadden kunnen wachten. Wij vergeleken dit met het oordeel van de huisarts (zie tabel 8). De patiënten van wie de huisarts vond dat zij evengoed tot na het weekend hadden kunnen wachten waren in 76% van de gevallen van mening dat zij *niet* hadden kunnen wachten. Omgekeerd, als de huisarts vond dat zij wel *tijdig* hulp inriepen of zelfs te laat, dan vond nog altijd 8% van de patiënten

Tabel 8. Antwoorden op de vraag aan patiënten of zij *acniet* tot na het weekend hadden kunnen wachten met het invoeren van hulp, vergeleken met het oordeel van de huisarts (N = 1.492, onbekend = 24).

oordeel huisarts	Had U achteraf ook tot na het weekend kunnen wachten?		
	oordeel patiënt		
	ja	nee	totaal
ja	24,3%	75,7%	100,0% (317)
nee	8,1%	91,9%	100,0% (1.175)

Tabel 9. Antwoorden van de respondenten op de vraag of zij bij bepaalde klachten hulp van de huisarts noodzakelijk achten uitgedrukt in percentages (N = 1.516).

	noodzaak hulp van de huisarts in te roepen	helemaal niet noodzakelijk	niet zo noodzakelijk	wel noodzakelijk of zeer noodzakelijk
aard klacht				
bloed in de urine	4,4	6,3	89,3	
benauwdheid	8,9	26,2	64,9	
hartkloppingen	10,6	25,4	64,0	
pijn in de rug	31,9	43,9	24,2	
vermoeidheid	63,1	28,8	8,1	
lange tijd hoesten	25,7	26,9	47,4	
jeukende uitslag	20,5	22,6	56,9	
aanhoudende heesheid	24,5	24,1	51,3	
kortademigheid	18,8	29,5	51,7	
pijn in de buik	19,5	33,7	46,8	
gebrek aan eetlust	52,1	33,8	14,1	
keelpijn	35,0	34,3	30,7	
hoofdpijn	45,1	38,4	16,5	

dat zij evengoed tot na het weekend hadden kunnen wachten. Ook na contact met de dienstdoende huisarts bestaat er nog een wezenlijk verschil van opvatting over de urgentie van de klachten tussen huisarts en patiënt. Naast de beoordeling van de klacht waarvoor zij tijdens het weekend hulp inriepen, stelden wij de patiënten ook een aantal vragen over klachten in het algemeen. Hun werd gevraagd aan te geven of zij het, gesteld dat zij die klachten zouden hebben, noodzakelijk vonden hulp van de huisarts in te roepen (tabel 9). Het ging ons dus niet om hulp tijdens het weekend. De vragenlijst werd ontleend aan het onderzoek van Cassee¹⁴. Met behulp van deze vragenlijst kregen wij een beeld van hun medische kennis. Uit de antwoorden blijkt, dat velen bij klachten waarvoor volgens medische maatstaven zeker hulp nodig is (bloed in de urine, aanhoudende heesheid, lange tijd hoesten, kortademigheid, etc.) de huisarts niet zouden

raadplegen. Hiermee is eens te meer een indicatie gegeven voor het verschil in taxatie van de noodzaak tot het invoeren van hulp.

Conclusies en nabeschuiving

Aan het begrip 'continuïteit van de hulpverlening tijdens het weekend' onderscheidden wij twee aspecten. Het eerste aspect: beschikbaarheid van hulp, is in het algemeen gerealiseerd. Nagenoeg alle huisartsen hebben een regeling voor vervanging tijdens het weekend getroffen. Toch kunnen soms de organisatorische voorwaarden voor de feitelijke beschikbaarheid tijdens de dienst worden verbeterd. Enerzijds blijkt dat van een aantal weekenddienstgroepen de zorg van de dienstdoende huisarts zich over te groot aantal zielen uitstrekt, anderzijds blijken nogal wat huisartsen niet over een oproepinstallatie te beschikken. Ook ten aanzien van het andere aspect:

de kwaliteit van de hulp, zijn verbeteringen denkbaar. Nagenoeg alle groepen hebben weliswaar rapportage van de weekenddienstverrichtingen na afloop van de dienst gerealiseerd, maar voor en tijdens de dienst kunnen vele huisartsen, als dat nodig is, niet beschikken over informatie over patiënten die hun hulp inroepen. Andere obstakels voor optimale hulpverlening tijdens het weekend waren het ledenaantal van de weekenddienstgroep, dat vaak te groot was, en de vergaderfrequentie. Vele groepen kwamen nooit of bijna nooit in weekenddienstverband bijeen.

De medeverantwoordelijkheid van patiënten voor continuïteit van de hulpverlening tijdens het weekend blijft discutabel. Patiënt en huisarts benaderen hun klachten vanuit een wezenlijk verschillende optiek. Opvoeding van patiënten door hun eigen huisarts kan de medeverantwoordelijkheid meer acceptabel maken.

Medeverantwoordelijkheid van patiënten voor de hulpverlening tijdens het weekend blijft echter een nastrevenswaardig ideaal, zolang huisartsen uit één waarnemingsgroep onvoldoende op de hoogte kunnen zijn van de wijze waarop hun collega's deze medeverantwoordelijkheid tot haar recht laten komen. Vele groepen zijn daarvoor immers te groot en komen te weinig bijeen.

Uit het voorgaande bleek, dat een aantal voorwaarden voor optimale hulpverlening tijdens het weekend niet altijd zijn gerealiseerd. De toenemende behoefte aan vrije tijd in de samenleving als geheel ging ook niet aan huisartsen voorbij. Hierdoor ontstond een gewijzigde hulpverleningsstructuur voor hulp bij afwezigheid van de eigen huisarts. Weliswaar is in deze gewijzigde hulpverleningsstructuur steeds hulp beschikbaar, maar de kwaliteit van de hulp veranderde. Steeds meer lopen patiënten de kans, dat zij met een andere dan hun eigen huisarts worden geconfronteerd. Deze gewijzigde situatie vraagt om bezinning op het begrip 'continuïteit van de hulpverlening bij afwezigheid van de eigen huisarts'. Het gaat hierbij vooral om de vraag onder welke voorwaarden deze afwezigheid acceptabel is. Is beschikbaarheid van hulp voldoende of moeten er ook eisen worden gesteld aan de kwaliteit van de hulp? Deze eisen

kunnen niet van bovenaf worden afgedwongen. Immers, ook al zouden de meest ideale organisatorische voorwaarden verwezenlijkt zijn, dan nog staat of valt het streven naar optimale hulpverlening tijdens het weekend met de *bereidheid* van huisartsen om de getroffen regelingen adequaat in praktijk te brengen. Aan deze bereidheid hoeft naar onze overtuiging niet te worden getwijfeld, getuige de spontane medewerking van een zeer groot deel der Nederlandse huisartsen aan het onderzoek 'De weekenddienst van huisartsen in Nederland'.

Met dit artikel hopen de auteurs een bijdrage te hebben geleverd aan de start van de discussie over de opzet van de weekenddienst, gericht op optimale hulpverlening tijdens het weekend.

Literatuur

1. Hunter v. Hanley, *in*: Taylor, J. L. Malpractice in the United Kingdom. Intern. J. Health Services, Vol. 6, Nr. 4, 1976, p. 627-640.
2. v. Eijk, J. Th. M., Gubbels, J., de Koningh, A. G. H., van der Meer, K. en J. v. Noort. De weekenddienst van huisartsen in Nederland (I). Medisch Contact, 33 (1978) 1, p. 17.
3. Walg, J. Ziek worden op zondag. Haagse Post, november 1976, nr. 48, p. 33-36.
4. Rang, J. F. Medisch tuchtrecht: belangrijke uitspraken in 1972 en 1973. Tijdschr. v. Soc. Geneesk., 54 (1976), p. 585-594.
5. Schouwstra, K. De continuïteit: een zorg voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 19 (1976), p. 386-390.
6. v. Eijk, J. Th. M., Gubbels, J., de Koningh, A. G. J., van der Meer, K. en J. v. Noort. De weekenddienst in Nederland. Utrecht, NHG, 1977, p. 5.
7. v. Eijk, J. Th. M., Gubbels, J., de Koningh, A. G. J., van der Meer, K. en J. v. Noort. De weekenddienst van huisartsen (II). Medisch Contact, 33 (1978) 2, p. 37.
8. v. Eijk, J. Th. M., Gubbels, J., van der Meer, K., de Koningh, A. G. J. en J. v. Noort. Intercollegiale toetsing via waarnemingsgroepen een haalbare kaart? Huisarts en Wetenschap 20 (1977), p. 378-379.
9. v. Eijk e.a. De weekenddienst in Nederland, p. 36.
10. v. Eijk e.a. De weekenddienst in Nederland, p. 29.
11. Roelink, H. Waarneming door bereikbaarheid van praktiserende artsen (II). Medisch Contact 25 (1970), p. 1105.
12. v. Eijk e.a. De weekenddienst van huisartsen in Nederland (II). Medisch Contact 33 (1978) 2, p. 40.
13. v. Eijk e.a. De weekenddienst in Nederland, p. 57.
14. Cassée, E Th. Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. NIPG, Leiden, 1973.

ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- Amsterdam: Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel. 020-79 63 33.
- Den Haag: Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B Den Haag, tel.: 070-92 44 61.
- Groningen: Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-2 80 41.
- Zwolle: Mr. S. Willinge Gratama, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-1 17 33.
- Eindhoven: Mr. W. J. M. Ten Berge, Nachtegaallaan 10, Eindhoven, tel.: 040-43 43 05.



Sport voor gehandicapten

'It is ability, not disability, that counts'
Sir Ludwig Guttman

Inleiding

Het is een vaststaand gegeven dat sport in al haar vormen niet meer uit ons cultuurpatroon is weg te denken. Dit culturelement geeft aan het leven van de mens een extra dimensie en verschijnt spelenderwijs in ons gecompliceerde menselijk bestaan, waarbij het dan in belangrijke mate kan gaan bijdragen tot het welzijn van iedereen.

Wanneer ons welzijnsbeleid nu is gericht op een zo breed mogelijke ontplooiing van alle mensen en sport hierbij een grote betekenis heeft gekregen, dan dienen we de sport te beschouwen als een integrerend deel van dat beleid. De vraag dringt zich echter aan ons op: hoe kan de sport in dienst komen te staan van het menselijk welzijn, in het bijzonder van kwetsbare groepen in onze samenleving, zoals bijvoorbeeld lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten?

Aan enkele belangrijke voorwaarden zal dan moeten worden voldaan; de belangrijkste is wel dat we de gehandicapten dienen te beschouwen als een normaal deel van onze maatschappij – hun behoeften en rechten zijn dezelfde als van ieder ander – hun problemen zijn de problemen van iedereen en moeten beschouwd worden als een deel van de gehele maatschappij (Wright¹). Meer en meer blijkt de gehandicaptensport als maatschappelijk verschijnsel belangrijker te worden. Andere normen en waarde-oordelen (kortom een veranderde maatschappijvisie) spelen hierbij een rol. Van de

door **W. Y. Sijtsema**



W. Y. Sijtsema is sinds 1964 huisarts te Hengelo (O) en sinds 1974 hoofdbestuurslid van de Nederlandse Invaliden Sportbond. In 1974 ging hij als teamarts mee naar 'the First Games for Multi-Disabled' in Stoke Mandeville te Engeland en in 1976 had hij de leiding van het medisch team, dat de Nederlandse équipe bij de Olympische Spelen voor lichamelijk gehandicapten (Paralympics) te Toronto begeleidde.

gehandicapte wordt een goede aanpassing gevraagd, die nauw samenhangt met de conceptie, die de invalide van zichzelf heeft. Deze wordt weer bepaald door de houding van zijn omgeving. Mede door de sport wordt de interactie tussen gehandicapte en niet-gehandicapte positief beïnvloed. Nu geeft onze cultuur helaas geen erg duidelijke indicaties voor de houding die we ten aanzien van invaliditeit moeten aannemen. Hierdoor verloopt het contact tussen gehandicapte en niet-gehandicapte soms moeilijk. De gehandicaptensport heeft echter een sociale functie door de bevordering van een goede mentale gezondheid en door sociale integratie van de individuele sportbeoefenaar (Van Beek²). Van de niet-gehandicapte sportbeoefenaar zal een positieve opstelling ten aanzien van de sport voor

gehandicapten noodzakelijk zijn; eerst dan wordt het recht van de gehandicapte sportman of -vrouw op een eigen positie in een volledige acceptatie door de valide Nederlandse sportwereld gewaarborgd. Zo kan de sport voor gehandicapten steeds meer een vorm van vrijetijdsgedrag worden, die wezenlijk zal bijdragen tot het welzijn van de gehandicapte mens.

Geschiedenis

Gehandicapten zijn er in iedere samenleving geweest, waar ook ter wereld. De houding en de gestructureerdheid der maatschappij zijn altijd bepalend geweest voor de positie van de gehandicapte. Zo was er in het klassieke Sparta geen plaats voor mismaakte kinderen; in de Middeleeuwen werden misvormden beschouwd als getroffen van het noodlot en moesten leven van de bedelstaf. De gehele geschiedenis door was de positie van de gehandicapte die van een onvolwaardige. Wanneer men niet aan de norm kon voldoen kreeg men althans dat stempel. Wel vinden we bij vele volken voorschriften voor steun aan gehandicapten, waarbij de eerste nood werd opgevangen binnen de familie, zolang tenminste de samenleving haar agrarisch karakter behield (de 'drie-generatie-gezinnen'). Met de komst van de industrialisatie en de daaruit voortvloeiende verstedelijking viel de familieband uiteen. We zien dat de hulp van persoon tot persoon de hulp van de samenleving aan de persoon wordt. Opmerkelijk feit is het, dat het tot ver in de 20e eeuw heeft moeten duren, voordat de samenleving bereid bleek de zorg van de gehandicapten te aanvaarden; dat wil zeggen om de zorg als gemeenschap

over te nemen van de verenigingen van liefdadigheid. Zo werd en wordt thans nog lichamelijke onvolmaaktheid gelijk gesteld met geestelijke onvolwaardigheid. Voegen we hier nog aan toe dat de antieke zowel als de moderne samenleving sterk de nadruk legt op het 'volmaakte, de schoonheid', dan zult u begrijpen dat er voor de gehandicapte mens op het sportveld nooit veel plaats is geweest.

Eerst na de beide wereldoorlogen bespeuren we een mentaliteitsverandering. Tijdens de eerste wereldoorlog werd er aanvankelijk door herstelden, maar later ook door invalide militairen sport beoefend om op deze wijze hun gezondheid fysiek en psychisch te verbeteren. Sport was eigenlijk alleen nog maar te beschouwen als een vorm van therapie; van een gerichte sportbeoefening was toen nog geen sprake.

De grote doorbraak zien we na de tweede wereldoorlog. Het stimulerende werk van Guttmann in Engeland, de opkomst van het rolstoelbasketbal in Amerika⁴ en een leerstoel voor invalidensport in de 'Sporthochschule' te Keulen zijn allemaal impulsen in de richting van een menselijke benadering.

Door de oorlog was het aantal gehandicapten aanzienlijk toegenomen. Bij vele militaire hospitalen werden accommodaties geboden voor sportbeoefening. In verschillende landen ontstonden revalidatiecentra met als doelstelling lichamen herstel en eventuele (om)scholing van beroep. Vele actieve sportbeoefenaars – door de oorlog deels licht, deels zwaar gewond – wilden niettegenstaande hun lichamelijke handicap weer aan sport gaan deelnemen.

Aangezien nu velen door hun bijzondere handicap niet meer mee konden doen, werden er aangepaste sportvormen gezocht. De reglementen werden steeds voor de diverse takken van sport aangepast, hoewel men zo veel mogelijk de internationale reglementen trachtte te volgen. Zo is men er in geslaagd de sport voor gehandicapten redelijk aan te passen aan die voor niet-gehandicapten. Maar wat voor de sportreglementen geldt, geldt in nog grotere mate voor de

medische klassificatie. Een indeling in klassen bleek noodzakelijk, opdat mensen met verschillende graad van handicap toch op gelijkwaardig niveau konden strijden. De onderlinge verschillen moesten daarbij zo klein mogelijk zijn, maar een te veel aan klassen zou weer het sportieve element uitsluiten.⁵

Organisatievormen

Internationaal

Bakermat voor de sport van motorisch gehandicapten is eigenlijk het 'Spinal Injuries Centre' van het Stoke Mandeville Hospital te Aylesbury in Engeland, alwaar Prof. Sir Ludwig Guttmann⁶ de sport als een onderdeel van de medische behandeling voor dwarslesies en polio's introduceerde. Deze neurochirurg had hierbij een tweeledig doel, namelijk een goede lichaamstraining en het voorkomen van verval in het ziekenhuis. In 1948 werden hier voor het eerst onder 16 'paraplegics' onderlinge wedstrijden uitgeschreven. Deze 'Stoke Mandeville Games for the Paralysed' werden in 1952 internationaal bij de komst van een achttal Nederlandse ex-militairen. Met Engeland en Nederland als initiatiefnemers kwam men al spoedig tot de oprichting van de 'International Stoke Mandeville Games Federation' (ISMGF). Thans zijn er 68 landen bij deze sportorganisatie voor dwarslesies en polio's aangesloten. Jaarlijks worden er omstreeks juli in het speciaal voor gehandicapten gebouwde sportstadion bij het Stoke Mandeville Hospital invalidensportwedstrijden gehouden. In 1960 werden deze spelen voor het eerst in het buitenland gehouden aansluitend op de Olympische Spelen in Rome (in 1964 te Tokio, 1968 Tel Aviv, 1972 Heidelberg en in 1980 Nederland). Internationaal bestond er naast de dwarslesies en polio's voor andere categorieën van gehandicapten, zoals geamputeerden, blinden en spastici ook behoefte aan een internationale bond en zo kwam men op initiatief van de 'World Veterans Federation' tot de oprichting van de 'International Sports Organisation for the Disabled' (ISOD). Deze is te beschouwen als een koepelorganisatie voor de verschillende categorieën van sportbeoefening en is in haar huidige vorm te vergelijken met het Internationaal Olympisch Comité (IOC).

Nationaal

In Nederland was Aardenburg na de oorlog de grote promotor. Nadat vele ex-militairen dit revalidatiecentrum hadden verlaten, hielp de Bond van Nederlandse Militaire Oorlogsslachtoffers (BNMO) deze mensen bij de beoefening van hun sport. Voor de gehandicapte burger was er evenwel niets en op initiatief van de BNMO kwam men in 1961 tot de oprichting van de Nederlandse Invaliden Sportbond* (NIS)⁷.

Indeling in handicaps

Wanneer we de gehandicapten die voor sportbeoefening in aanmerking komen medisch willen indelen, komen we tot de volgende drie categorieën:

- I Lichamenlijk: A. motorisch gehandicapt, B. conditie-gehandicapt;
- II Geestelijk;
- III Zintuiglijk: visueel, auditief.

Nu houdt de Nederlandse Invaliden Sportbond zich bezig met de lichamenlijk en visueel gehandicapten. Het beleid is erop gericht zoveel mogelijk van deze gehandicapten de kans te geven enigerlei vorm van invalidensport te beoefenen. Met name wil men zoveel mogelijk mensen met een handicap tot sportieve recreatie activeren, waarbij dan het *bewegen* centraal wordt gesteld.

Onder de lichamenlijk gehandicapten vallen uiteraard verschillende vormen van handicaps, zoals de dwarslesie, de poliomyelitis, de spina bifida, de cerebralis palsy, de spierdystrofie, de amputatie etc etc. Thans is er binnen de groep van lichamenlijk gehandicapten een (sub)-categorie te onderscheiden, de zogenaamde 'conditie-gehandicapten'. Dit zijn gehandicapten zonder zichtbare motorische of sensorische beperkingen, zoals bijvoorbeeld de cardio-vasculaire en pulmonale patiënten, diabetici etc. Zij doen steeds meer een beroep op de sportverenigingen van gehandicapten, waarop de verenigingen helaas nog het antwoord schuldig blijven. Toch is het belangrijk dat ook deze mensen onder strenge geneeskundige begeleiding voldoende beweging krijgen. De belangrijkste sporten binnen de NIS beoefend zijn: zwemmen, waterkorfbal, handboog- en luchtbuskusschieten, atletiek, rolstoelbasketbal, tafeltennis, zitvolleybal, zaalhockey. Sporten in

* Het Bonds bureau van de NIS is gevestigd te Amersfoort, Utrechtseweg 88. Telefoon: 033-13264 of 13265.

opkomst zijn schermen, gewichtheffen en kanovaren. Verschillende van deze sporten kunnen worden bedreven vanuit een rolstoel. De blinden die bij de verschillende verenigingen van de NIS aansluiting hebben gezocht vormen een kleine groep. Zo zijn in 1976 enkele blinden meegeweest naar de Torontolympiade. Takken van sport zijn o.a. de denksporten, judo, atletiek, zwemmen, roeien, kanovaren, tandemfietsen, zeilen en paardrijden. De lichamelijk gehandicapte kwam in het algemeen later dan de dove in een emancipatieproces terecht en dit verklaart, dat we al sinds 1926 de Koninklijke Nederlandse Doven Sportbond (KNDSB) kennen met afdelingen voor zwemmen, schaken, tafeltennis, voetbal en waterpolo.

Voor wat betreft de geestelijk gehandicapten kunnen we stellen, dat deze sinds mei 1973 hun eigen Nationale Sportbond voor Geestelijk Gehandicapten (NSG) hebben. Van de in ons land 300.000 à 350.000 geestelijk gehandicapten zijn er 4000 in georganiseerd verband die aan sport doen. Takken van sport en spel zijn o.a. zwemmen, paardrijden, veld- en zaalsporten en muzisch bewegingsonderwijs.

Door sport en spel kunnen de geestelijk gehandicapten beter deel gaan uitmaken van onze samenleving. Het bewegen is voor hen geen bedreiging vanuit de buitenwereld. We zien nu ook dat een steeds grotere groep van deze mensen door deskundigen tot spel en bewegingsactiviteiten wordt aanzet. Onvermeld mag niet blijven de sinds 1968 bestaande Federatie Paardrijden Gehandicapten, waarvan momenteel 32 centra lid zijn. De aard van de handicap kan bij het paardrijden velerlei zijn, zoals visueel, auditief, lichamelijk en geestelijk. Tenslotte kan nog genoemd worden het

* Op initiatief van het Nationaal Fonds Sport Gehandicapten werd op 21 juni 1977 te Den Haag opgericht de Federatie Sport Gehandicapten. Alle belangen op het gebied van de gehandicapten sport worden hierin behartigd. De Federatie tracht enerzijds door adviezen en technische en andere ondersteuning de sport mogelijk te maken, anderzijds wordt de sport naar de gehandicapten zelf gepropageerd. Het Nationaal Fonds werkt nauw met de Federatie samen en voorziet de Federatie van de noodzakelijke financiële middelen. Het Bureau van de Federatie is gevestigd te 's-Gravenhage, Bezuidenhoutseweg 229.



Catamaran-zeilen dat steeds meer in de belangstelling komt en als leisuursport bij uitstek het vissen voor lichamelijk gehandicapten.

Sinds 1977 zijn alle genoemde organisatievormen ondergebracht in de Federatie Sport Gehandicapten* (zie tabel 1).

Tabel 1

Federatie Sport Gehandicapten

Hieronder resulteren thans:

- 1) Nederlandse Invaliden Sportbond
- 2) Nederlandse Sportbond voor Geestelijk Gehandicapten
- 3) Federatie Paardrijden Gehandicapten
- 4) Koninklijke Nederlandse Doven Sportbond
- 5) Nederlandse Schaakvereniging voor Visueel Gehandicapten
- 6) Stichting Zeilen met Gehandicapten
- 7) Stichting Viscentra Gehandicapten
- 8) Stichting Sport Instuif Gehandicapten

Gehandicapten, wel geteld

Helaas bestaat er in Nederland nog geen registratie van de lichamelijk gehandicapten. Initiatieven met betrekking tot opsporing, registratie en vroegtijdige onderkenning van deze mensen zijn nog niet voldoende gecoördineerd. Zo heeft 'the Joint

Committee on Rehabilitation' van de Raad van Europa een werkgroep 'Registratie Gehandicapten' ingesteld, daar deze problemen ook in andere landen bestaan en onvoldoende zijn opgelost. Willen we een antwoord op de vraag naar het totaal aantal lichamelijk gehandicapten in Nederland, dan moeten we ons richten op een eind 1974 gepubliceerd onderzoek van het CBS (uitgegeven als 'Gehandicapten, wel geteld'⁸).

In het kader van dit onderzoek werd aan de definitie 'lichamelijk gehandicapt' een ruime betekenis gegeven. De conclusie luidde dat 8,7% van de Nederlandse bevolking van 5 jaar en ouder lichamelijk gehandicapt is, dat wil zeggen minstens één miljoen personen. Naar verwachting zal het aantal personen met bewegings- en/of verplaatsingsbeperkingen blijven stijgen door de vooruitgang in medische en technische kennis. Ook door de toenemende verkeersonveiligheid groeit het aantal gehandicapten. Nederland kent momenteel circa 40.000 personen, die bij vervoer compleet op een rolstoel zijn aangewezen. (zie tabel 2 op de volg. blz.)

Gaan we er van uit dat de organisatiegraad in de valide sportwereld ook opgaat voor de invalidensportwereld, dan zouden we tot een totaal aantal van 60.000 à 80.000 gehandicapte sportbeoefenaars kunnen komen. De NIS telt slechts een klein percentage van 4500 actieve leden die

Tabel 2

Gehandicapten, wel geteld

(gegevens ontleend aan publikatie CBS, 1974).

Van de Nederlandse bevolking (van 5 jaar en ouder) is:

8,7% lichamenlijk gehandicapt (dat wil zeggen ruim 1 miljoen mensen);

25% van de bevolking bij enigerlei vorm van handicap betrokken.

Voornamelijk stoornissen in

uithoudingsvermogen en loopfunctie:

45% van het totaal aantal gehandicapten (470.000): stoornissen in

uithoudingsvermogen;

42% van het totaal aantal gehandicapten

(440.000): stoornissen in loopfunctie.

40.000 personen zijn buitenshuis

aangewezen op een rolstoel, duwwagen etc.

over 70 landelijke verenigingen verdeeld zijn.

Oorzaken van te weinig sportbeoefening

a. Attitude samenleving

De negatieve houding van de maatschappij blijkt duidelijk uit de negatieve etikettering die aan de gehandicapte wordt gegeven (kreupele, gebrekkige, onvolwaardige, invalide, minder-valide, gehandicapte, mens met een handicap). Deze woordvormingen zijn evenwel tijdgebonden en presenteren een fase in het proces van ontwikkeling en erkenning; ze zijn historisch verklaarbaar vanuit de evoluerende en emanciperende situatie van de groep gehandicapten.

Helaas is het nog steeds zo dat de gehandicapte een ongunstige identiteit wordt gegeven en op grond hiervan wordt behandeld (stigmatisering). Vele gedragsalternatieven zijn niet mogelijk – de samenleving verlangt van de gehandicapte dat hij de rol zal spelen die bij zijn etiket past (gehandicaptenrol). We zien uiteindelijk een aanvaarding van deze (negatieve) identiteit door de betrokkene⁹. Volgens Van Beek¹⁰ eist de samenleving dit omdat onze samenleving 'abnormalen' nodig heeft: 'Zij moet armen, werklozen, gehandicapten hebben als referentiekader, als spiegel voor zichzelf. Als er geen armen zijn, zijn er geen rijken. Als er geen zieken of gehandicapten zijn, zijn er geen gezonden. En gezond willen we zijn'. Klee¹¹ stelt het zo: 'De ernstigste

handicap van de invalide is niet de begrenzing van zijn lichamenlijke mogelijkheden, maar de klassering als gehandicapte die hij overneemt van de buitenwereld en tot deel van zichzelf maakt'.

Ombuiging van gedrag en houding is noodzakelijk. De samenleving zal zich zodanig dienen op te stellen, dat verminderde validiteit, maar ook andere sportvormen dan waaraan we gewend zijn, als normaal worden beschouwd. De valide wereld i.c. de validensportwereld houdt in zijn gedachtenwereld nog te weinig rekening met de gehandicapte wereld i.c. de gehandicaptensportwereld. De gehandicaptensport dienen we als volwaardig te erkennen. Door een positieve opstelling van de niet-gehandicapte zullen valse schaamtegevoelens over hun fysieke verschijningsvormen en 'het gevoel er niet meer bij te horen' worden weggenomen. Het resultaat is dat de drempelvrees om ook de sport na het verlaten van het revalidatiecentrum te blijven beoefenen zal verdwijnen.

b. Attitude gehandicapte

Een realistische aanvaarding van de eigen positie en de eigen persoon is noodzakelijk. Hij zal de negatieve beoordeling van buiten niet mogen accepteren. Een opgedrongen bewustzijn door derden ingeprent moet plaats maken voor een eigen bewustzijn, gebaseerd op criteria van zijn eigen leven, zijn eigen mogelijkheden. Volledige acceptatie in de sport met een daaruit voortvloeiend optimaal uitbuiten van de sportieve mogelijkheden mag echter nooit tot enig vergelijk gaan leiden met prestaties geleverd in de valide sportwereld.

Wanneer de attitude van de gehandicapte en niet-gehandicapte in positieve zin veranderen, wordt een goed wederzijds contact mogelijk. Regelmatig verkeer op het sportveld en een gezamenlijk opgroeien van de jeugd is nodig. Met name zullen de visuele media meer aandacht aan de gehandicaptensport moeten gaan besteden. Hierdoor raakt ook de niet-gehandicapte met andere fysieke verschijningsvormen vertrouwd, zodat de handicap niet meer als een barrière wordt gezien.

Sport kan een positieve invloed gaan uitoefenen op de omgeving; de toeschouwer zal hem niet meer zien als een gehandicapte, maar als een individu dat iets presteert. De valide

leert door de handicap van de invalide heen te zien en hij zal de gehandicapte als een volwaardig partner gaan beschouwen.

c. Onvoldoende groepsrelatie

Enerzijds komt de lichamenlijk gehandicapte moeilijk of niet tot groepsrelaties met niet-gehandicapten. Het niet *echt* aansluiten of niet geaccepteerd worden speelt hierbij een rol. De oorzaak is gelegen in het feit dat hij geen bijdrage kan leveren aan het groepsdoel¹². Hij blijft passief en inactief op de reservebank. Anderzijds willen vele gehandicapten zich ook niet tot een groep verbinden met gehandicapte lotgenoten. Uiteengezet is reeds de identiteitsproblematiek, die zich o.a. kan uiten in gevoelens van onzekerheid en devaluatie. Hierbij komt dat vele mensen die op latere leeftijd gehandicapt zijn geraakt een ander lichaamsbeeld dienen op te bouwen en dat zij hun handicap in hun lichaamsbeeld moeten integreren. Lukt dit niet dan is het mogelijk dat zij hun handicap als het ware negeren, waardoor geen groepsrelatie kan worden aangegaan.

d. Te exclusieve aandacht voor de wedstrijd sport

In de vereniging mag de aandacht niet alléén gericht zijn op het wedstrijdelement, dat wil zeggen een en ander moet niet ten koste gaan van het recreatie- of bewegingselement. Het gevaar is niet ondenkbeeldig, dat alleen die gehandicapten de aandacht krijgen, die fysiek het sterkst zijn. Zij die fysiek minder sterk zijn, meestal ten gevolge van hun handicap, krijgen daardoor minder kansen. De sportverenigingen dienen hiervoor te waken. Met name door het organiseren van bijvoorbeeld sportinstuiven kunnen meerdere gehandicapten tot sportieve recreatie of bewegingsrecreatie worden aangezet.

e. Niet aangepaste sportaccomodaties

Ons gemeenschappelijk streven zal zich moeten richten op een maatschappijstructuur, waarin iedereen de ander onbelemmerd tegemoet kan treden. De gehandicapte heeft veelal dezelfde behoefte aan sportieve ontspanning en recreatie. Onnodige obstakels in sportaccomodaties en zwembaden moeten worden weggenomen; als criterium zou moeten gelden, dat de gehandicapte zelfstandig – ook in

rolstoel — het gebouw moet kunnen betreden.

Het niet aangepast zijn van sportaccomodaties aan de behoefte van de gehandicapte sportbeoefenaar werkt frustrerend en belemmert de sport voor gehandicapten in zijn geheel. Entree, toiletten, kleedruimten etc. moeten toegankelijk zijn voor rolstoelers, evenals kantines voor de noodzakelijke sociale contacten. Gedacht moet worden aan de passieve sportbeleving van gehandicapten bij valide sportmanifestaties. Goede informatie is van grote propagandistische waarde. Wanneer er daadwerkelijk aangepast wordt gebouwd is een 'Rijkssubsidieregeling overdekte sportaccomodaties' mogelijk.

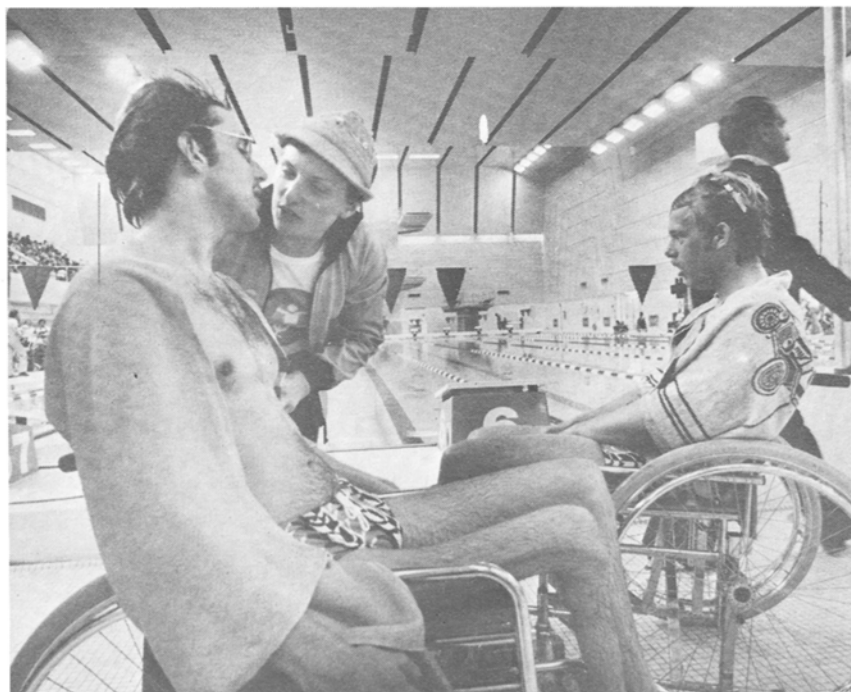
f. Vervoersproblemen

De rolstoel vervangt — 'is' — de benen. Dit brengt uiteraard problemen met zich mee. Grote afstanden moeten worden afgelegd, dikwijls ten gevolge van het niet aanwezig zijn van adequate accommodaties in de omgeving. Dit bevordert niet de belangstelling voor recreatieve sportbeoefening. Voorwaarde voor het vrij bewegen van de gehandicapte is dat de vervoermiddelen op hem zijn ingesteld.

g. Onvoldoende kader

Verantwoorde sportbeoefening kan slechts worden gegarandeerd met bevoegde en gekwalificeerde leiding. Kadervorming, zowel op bestuurlijk als sporttechnisch terrein, is een dringende vereiste. De NIS heeft 15 jaar lang gesteund op kader van buiten en op mensen die begaan waren met sportbeoefening door gehandicapten. Op recreatief niveau is in 1977 gestart met een cursus recreatiesportleider-A die in opzet gelijk is aan de reeds enige jaren vigerende cursus, maar qua inhoud is afgestemd op de gehandicaptensport. Verder is in voorbereiding een applicatiecursus voor atletiek, zwemmen en zitvolleybal. In alle cursussen wordt de specifieke problematiek, die nu eenmaal heerst ten aanzien van de medische en psychosociale aspecten niet behandeld. Een eigen 'kopcursus' zal deze leemte moeten gaan opvullen.

h. Te weinig interdisciplinair overleg
Thans is het nog zo dat opleidingen van trainers en sportleraren geen of nauwelijks aandacht aan sportbeoefening voor gehandicapten besteden. Dit wordt al direct in het



gewone onderwijs ondervonden. De interesse voor actieve sportbeoefening wordt hier dan ook niet gestimuleerd¹³. Verschillende wetenschappelijke disciplines zullen zich elk op hun terrein met de problematiek bezig moeten houden. Ik denk aan de geneeskunde in het algemeen en in het bijzonder aan de sportgeneeskunde en aan MO lichamelijke opvoeding, de pedagogie, psychologie, sociologie en economie. Goed interdisciplinair overleg wordt noodzakelijk. Zo zullen

bijvoorbeeld CIOS-mensen en paramedici — zoals fysiotherapeuten — tijdens hun opleiding met de gehandicaptensport op de hoogte moeten worden gebracht.

i. Financiële aspecten

Uiteraard valt of staat de sport met de financiële situatie; geldelijke steun dient te geschieden via de officiële kanalen. Geen bedelacties, want ook de gehandicapten beoefenen een volwaardige sport.

Gehandicaptensport – waarom?

We zullen ons thans moeten afvragen wat de beweegredenen bij de gehandicapte mens zijn om sport te gaan beoefenen. Hij zelf zal zich nauwelijks afvragen welk motief voor hem het belangrijkste is. Met Bosscher¹⁴ zijn we van mening, dat allereerst het *intrinsiek-motief* als vrijetijdsbesteding, moet worden genoemd. Hieronder verstaan we het plezier, de vreugde, de zelfontplooiing die het bewegen met zich meebrengt. Door de sport gaat hij zich concentreren op dat wat hij *kán* en niet meer op dat wat hij *niét* meer kan. Hij gaat eigen mogelijkheden creëren en wordt in zijn actief bezig-zijn geconfronteerd met zijn eigen vitale bestaan.

Sport kan voor sommigen gelden als een vorm van compensatie van datgene dat in het arbeidsproces door de handicap wordt gemist (*compensatie-motief*). Zo wordt de mogelijkheid geboden gevoelens van inferioriteit kwijt te raken, agressies en emoties kunnen zich ontladen en mogelijkheden van creativiteit gaan zich openbaren. Sport biedt de gehandicapte een herkansing die in andere sectoren van de maatschappij minder of niet uit de verf komt. Mogelijkheden tot het leveren van prestaties worden er geboden, want de mens wil zich nu eenmaal meten met een ander. Hij wil zijn vaardigheid toetsen aan die van een ander (*prestatie-motief*). Hij leert de ander als tegenstander waarderen. Ook kan de gehandicapte meedoen aan wedstrijden maar dan tegen zichzelf. Presteren wordt dan een verkenning van eigen mogelijkheden. Elke stap vooruit is een prestatie – presteren is exploreren⁵. In de sport vindt de gehandicapte zichzelf terug als iemand met bepaalde beperkingen, maar ook met nog vele mogelijkheden. Hij komt tot zelf-realisatie, tot ontdekking van zichzelf.

In het kader van dit artikel is het gewenst om enkele motieven waaraan we speciaal in de gehandicaptensport een hoge waarde toekennen wat meer accent te geven. We gaan er van uit de mens als een psycho-socio-somatische eenheid te bezien. Indien één van deze factoren is verstoord, treden ook stoornissen op in de twee andere. Sport biedt de mens de mogelijkheden zijn evenwicht te (her)vinden.

Gezondheids- en conditiemotief
Ernstige invaliditeit heeft schadelijke gevolgen voor de algehele conditie. Een lichamelijke handicap brengt allerlei invaliderende processen op gang, zoals: adipositas, contracturen, spieratrofie, osteoporose, vermindering van de cardio-vasculaire functie, verminderde longventilatie, verhoogde kans op infecties etc. Preventie is dus geboden! *Sport als therapie is daarom een essentieel onderdeel van de revalidatie.*

Guttmann legde reeds de nadruk op het belang van sportbeoefening voor dwarslesies, maar de aan te voeren argumentaties gelden in principe voor alle mensen met een handicap. De gehandicapte zou eigenlijk door zijn beperkte bewegingsmogelijkheden ook in zijn vrije tijd driemaal meer sport moeten doen.

Door de arts zal de gehandicapte hiervan op de hoogte moeten worden gebracht. Al op de dag van het ongeval dient de gehandicapte bij wijze van spreken overtuigd te worden. De juiste tak moet worden uitgekozen bij het begin om later onnodige – niet te herstellen – schade te voorkomen. Oefeningen zonder leiding of controle, met vervelende herhaalde oefentherapie, halen niet zoveel uit als het sporten dat zinvoller, prettiger, minder ontmoedigend, niet zo eentonig is en dat bovendien een drievoudig effect heeft.

Voor een nieuwe benadering van de gehandicaptensport moet de eerste impuls komen van de revalidatie-artsen. Zij dienen sport te beschouwen als *onmisbaar* voor de therapie en moeten daarom sport opnemen in het revalidatiepakket. Bij het ontslag uit het revalidatiecentrum dient de huisarts op de hoogte te worden gebracht van de sportieve mogelijkheden van de gehandicapte. Daarnaast is er voor de huisarts een taak in het attenderen van gehandicapte mensen in zijn praktijk op de voordelen en mogelijkheden van sportbeoefening. Wanneer het zover is, is het tenslotte de taak van de sportarts om met alle beschikbare informatie de gehandicapte sportmedisch verder te begeleiden.

Door training, waarbij we een uitbuiting van de resterende mogelijkheden moeten nastreven, zal zich een nieuwe vorm van neuro-musculaire integratie gaan ontwikkelen. De grondgedachte van de

trainingsfilosofie geldt zowel voor dwarslesies als voor geamputeerden, blinden en spastici. Een zekere differentiatie in aanpassing zal bij de training voor elke handicap nodig zijn.

Kort samengevat: sport zal een gunstige invloed hebben op de tractus digestivus, op cardio-vasculaire en pulmonale functies; we zien verbetering van spierkracht en lenigheid.

De beweeglijkheid verbetert, verfijnt en wordt uitgebreider; de motoriek wordt ontspannen. Nieuwe automatische doelmatige bewegingscombinaties kunnen worden gevonden. Een beheersing van het lichaam is het resultaat¹⁶.

Psycho-sociaal aanpassingsmotief
Nu grijpt een lichamelijke handicap zowel in op het lichamenlijk als op het geestelijk functioneren. Bepaalde lichaamsdelen of spiergroepen vallen uit en dit leidt tot abnormale spanningen, waardoor het contact met de buitenwereld moeilijker of onmogelijk wordt. Wanneer de gehandicapte in deze situatie gefixeerd blijft, ontstaan er minderwaardigheidsgevoelens, gepaard gaande met angst, verlies aan zelfvertrouwen en eigenwaarde. Het uiteindelijk resultaat is zelfbeklag, isolement en een a-sociale houding. Sport leidt tot activiteitsontplooiing met als gevolg herstel van zelfrespect, zelfvertrouwen en zelfacceptatie. Het contact met de buitenwereld wordt weer mogelijk en het psycholabiele evenwicht zal zich herstellen. De gehandicapte durft het leven weer aan.

Sociale integratiemotief
Lichamelijke invaliditeit neigt tot passiviteit, inactiviteit en misschien tot enige mate van inactiviteitswellust. Deze inactiviteit leidt tot een verkleining van de actieradius van de gehandicapte, waardoor hij gemakkelijk in een isolement kan geraken. Het uiteindelijke en meest nobele doel van sport voor gehandicapten is hem met de wereld om hem heen in contact te brengen. Sport ontwikkelt een positieve mentale instelling – essentieel voor een sociale re-integratie. De gehandicapte wordt de mogelijkheden geboden zich (weer) op de gemeenschap te oriënteren. Hij kan dit niet alleen, de mensen om hem heen, de gehele samenleving zal hem daarbij moeten helpen¹⁷.

Van revalidatiecentrum naar sportvereniging

Met ons lichaam presenteren we ons aan de medemens en maken we contact. Deze communicatie is voor de gehandicapte problematisch. Zijn handicap zal hij moeten leren accepteren en verwerken. De revalidatie helpt hem bij het vinden van compensatiemogelijkheden. Sport en spel als therapie kunnen een belangrijke bijdrage hiertoe leveren. Wanneer de gehandicapte het revalidatiecentrum heeft verlaten zal bij de wens om sport te blijven uitoefenen een goede en directe opvang in de vereniging nodig zijn. Een breed gamma van sportactiviteiten moet de vereniging kunnen aanbieden om te kunnen voldoen aan ieders persoonlijke behoefte.

Er is echter geen denken aan dat iedereen aan elke tak van sport moet kunnen deelnemen. Dit gebeurt ook niet in de valide sport. Vermeer¹⁸ stelde vast dat er veel onbegrip over handicaptensport bestond bij niet-gehandicapte familieleden. Een grote rol speelde de angst dat de gehandicapte iets zou overkomen. Een goede voorlichting is daarom noodzakelijk. Zo bleek verder dat bij de gehandicapte mens de 'beleving van het niet kunnen' minder wordt als hij andere gehandicapten sport ziet bedrijven. Dit geldt des te meer wanneer die ander ernstiger is gehandicapt.

Heeft de gehandicapte eenmaal zijn plaats in een vereniging gevonden dan is het een verkeerd uitgangspunt te blijven streven naar een zuiver therapeutisch effect. Het zou onjuist zijn de invalidensport zoals deze in georganiseerd verband wordt bedreven te beschouwen als een vorm van invalideitsbehandeling. Het doel bestaat veel meer uit het behouden van het bereikte revalidatieresultaat of beter nog: uit het behouden of verbeteren van de conditie. We dienen er ten allen tijde voor te waken dat het sportkarakter bewaard blijft. Zo is bijvoorbeeld de Torontolympiade 1976 te beschouwen als een bekroning van een genezingsproces.

Prestaties op (inter)nationaal niveau zijn sportieve en geen therapeutische prestaties

Guttmann¹⁹ roemt tijdens deze spelen de houding van de Canadese pers, radio en televisie en ziet deze als een lichtend voorbeeld voor de persmedia in vele

andere landen, waar de invalidensport (nog) duidelijk een stiefkind is. 'Above all, the Toronto Games, like the preceding international games of the disabled, were an eye-opener and a great education to the public about the significance of sport for the disabled. They aroused great enthusiasm and emotion amongst the more than 100.000 spectators attending the Games and the public at large.'

De handicaptensport heeft deze topsport nodig als een hefboomfunctie voor de recreatieve sport (na de Paralympics in Toronto nam het ledenaantal van de NIS met 50% toe en het aantal verenigingen kwam van 54 op 70).

Uiteraard is voor een kleine groep gehandicapten de eer weggelegd om records te verbeteren. Voor verreweg de meesten is het alleen maar van belang *hoe* hij bijvoorbeeld heeft gezwoommen, *hoe* hij de mogelijkheden van zijn lichaam heeft gebruikt. De sportieve prestatie is er evenwel niet minder om. Voor beiden is sport een uitdaging, waarbij angstgevoelens verdwijnen, de onzekerheid minder wordt, het zelfvertrouwen wordt versterkt en het gevoel van eigenwaarde toeneemt.

Sportgeneeskundige facetten

Sport voor gehandicapten behoort ook tot het terrein van de sportgeneeskunde, dat wil zeggen dat de theoretische studie en praktische toepassing van alle soorten lichaams oefeningen, training en sport zich ook dienen te richten op de gehandicapte mens van elke leeftijd en van beide geslachten. De oriëntatie dient niet alleen te zijn gericht op de gehandicapte exclusieve sportman of -vrouw, maar op iedereen met een handicap, die vreugde en zelfontplooiing in de sport ervaart en die door middel van beweging zijn/haar gezondheid wil verbeteren²⁰.

Wanneer we over het welzijn van de lichamelijk gehandicapte spreken dan heeft de sportgeneeskunde *preventieve* aspecten, enerzijds op het somatische vlak door onvermijdelijke nadelen tot een minimum te beperken, anderzijds op het psychische vlak door bijvoorbeeld gevoelens van devaluatie en onzekerheid in eigen sportverenigingen te voorkomen. *Curatieve* mogelijkheden liggen er zowel bij de conditiegehandicapten als bij de motorisch gehandicapten, bij wie

de invaliderende processen die mede ten gevolge van hun bewegingsbeperkingen op gang zijn gebracht kunnen worden teruggedrongen. *Daarom zal de handicaptensport door medici dienen te worden gestimuleerd.*

De sport zal verantwoord dienen te zijn, dat wil zeggen hygiënisch verantwoord, maar vooral ook aangepast aan de handicap en de belastbaarheid van de gehandicapte. Dit impliceert sportmedisch onderzoek op het gebied van sport voor gehandicapten. Nu zijn er geen fundamentele verschillen tussen validen- en invalidensport. De verschillen die zich voordoen zijn alleen van praktische aard, zoals het aanpassen van bepaalde spelregels en de toegankelijkheid en het bruikbaar maken van de sportaccommodaties. Zo zijn er ook accentverschillen in de medische begeleiding van de gehandicapte sportbeoefenaar. De meest elementaire vorm van medische begeleiding is het preventief geneeskundig onderzoek. Deze onderzoeken zijn in het algemeen meer arbeids- en kostenintensief dan voor de valide sporter. De praktijk heeft geleerd dat vele lokale sportkeuringsbureaus niet in staat zijn adequaat te functioneren, gezien de bijzondere aspecten van deze onderzoeken. Onderzoek met name van wedstrijd- en topsporters dient daarom periodiek in enkele sportmedische adviescentra plaats te vinden. In deze centra kan de consultatieve functie van de revalidatie-arts die de gehandicapte heeft behandeld en van eventuele andere specialisten beter worden vervuld. Het is noodzakelijk dat de onderzoekende arts praktische ervaring heeft met de verschillende sportactiviteiten. Hij zal zich moeten verdiepen in de problematiek van training en begeleiding en zal zich vanuit zijn medische en psychologische kennis moeten inleven in deze sportgemeenschap. Bij het preventief onderzoek voor sportbeoefening van de lichamelijk gehandicapte dient met name te worden gelet op de mentale gezondheid, op de handicap, op zijn oorzaak, zijn vooruitgang en zijn prognose. Vooral voor de wedstrijd- en topsport moet goede informatie over de belastbaarheid worden verkregen. In het algemeen ligt de marge tussen belasting en (maximale) belastbaarheid bij de gehandicapten lager dan bij

niet-gehandicapten. Goede keuring wordt vereist, maar nadien ook regelmatige controle, begeleiding en adviezen. Adviezen over de meest geschikte sportvorm, maar ook over de grenzen van het wenselijke, moeten worden gegeven.

Na de sportadvisering volgt een indeling in medische klassen. Zonder reglementen, maar ook zonder een medische klassificatie kan namelijk niet in wedstrijdverband worden gesport. Een indeling naar de graad van handicap in medische klassen kan het best districtsgewijs in 4 à 5 sportmedische adviescentra plaatsvinden.

Bij de huidige stand van zaken is voor de recreatieve sportbeoefenaar een medische verklaring van een huisarts, een revalidatie-arts of specialist (die niet zelf de behandelend arts is) voldoende. Elke vereniging dient over een medisch adviseur te beschikken, want bepaalde vormen van handicap (zoals bij epileptici, asthmatici etc.) kunnen het noodzakelijk maken dat een voortdurende medische evaluatie plaatsvindt.

Interuniversitair Instituut

Uiteraard zal de arts mede verantwoordelijk zijn voor het welzijn van de gehandicapte. Onvoldoende medische begeleiding en controle, het te veel en onjuist oefenen, het oefenen met té gemengde handicapgroepen (en niet-gehandicapten) kunnen gevaren inhouden. Deze risico's kunnen worden voorkomen door een goed en regelmatig overleg van arts, fysiotherapeut en coach. Uit een recente publikatie²¹ bleek dat bij de Torontolympiade 1976 mede door een goede selectie en voorbereiding sportblessures nauwelijks voorkwamen.

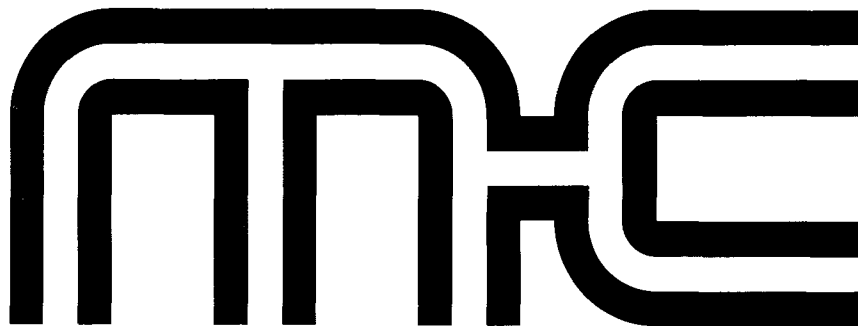
Bij lichamelijk gehandicapten is activiteit, in beweging zijn, van vitaal belang. Essentieel is het dat er meer onderzoek zal gaan plaatsvinden naar de trainingsbelasting van lichamelijk gehandicapten. Dit kan bijvoorbeeld geschieden op universitair niveau of in enkele SMA's. Op deze wijze kan zowel onderbelasting als overbelasting worden vastgesteld en kunnen eventuele maatregelen worden genomen.

Een Interuniversitair Instituut voor Sportgeneeskunde zou mogelijk in de toekomst een bijdrage kunnen leveren tot meer onderzoek op het gebied van

sport voor gehandicapten. Mocht het beleidsplan van de Vereniging voor Sportgeneeskunde tot uitvoering komen, dan zal een betere medische begeleiding mogelijk zijn. Door research, onderwijs en voorlichting kan de sport voor gehandicapten een beter deel gaan uitmaken van revalidatie en sociale begeleidingsprogramma's. Huizinga²² stelde in zijn 'Homo Ludens': 'Alle spel is allereerst en bovenal een vrije handeling'. De mens kan zich niet aan de drang van het spel onttrekken en zonder het spelelement zou civilisatie en cultuur niet mogelijk zijn. Op grond van deze uitspraak zou de gehandicapte mens worden belemmerd in zijn ontwikkeling als hem sport en spel worden onthouden.

Literatuur

1. Wright, B., Invaliditeit. Een psychologische benadering. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1975, p. 217
2. Beek van, A. M., De sociale functie van de sport voor gehandicapten. Congresverslag: De lichamelijk gehandicapte en de sport. De Vrieseborch, Haarlem, 1973, p. 29.
3. Wiegman, H., Ontstaan, taak, plaats en mogelijkheden van sportverenigingen voor gehandicapten, Landelijk Contact, nr. 3, 1976, p. 31-36.
4. Adams, R. C./Daniel, A. N./Rullman, L., Games, Sports and Exercises for the physically handicapped. Philadelphia: Lea and Febiger, eds, 1972, p. 9, 10, 11.
5. Sijtsema, W. Y./Rückert, H. J., Meedoen is winnen . . . N.I.S.-Bonds bureau, Amersfoort, 1976, p. 10-31.
6. Guttmann, L., Textbook of Sport for the Disabled, HM+M Publishers, Milton Road, Aylesbury, Bucks, England, 1976.
7. Tjebbes, H., Sport voor Gehandicapten, Ned. Militair Geneesk. Tijdschrift, 26, p. 43-53.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek, Gehandicapten, wel geteld. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1975.
9. Bosscher, R.J., Bewegingsactiviteiten voor minder-validen -doelstellingen en programma's, Interfaculteit Lichamelijke Opvoeding, V.U., Amsterdam, 1976, p. 31-36.
10. Beek van, A. M., Integratie of gehandicaptenreservaat. Revalidatie, 1975, 5, 7-9.
11. Klee, E., Gehandicapt - naar een nieuw zelfbewustzijn. G. F. Callenbach, B. V., Nijkerk, 1976, p. 89.
12. Verkuyt, A. (red.), Gehavend en wel - psycho-sociale aspecten van revalidatie, Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1977, p. 21.
13. Nederlandse Vereniging Voor Revalidatie Signalen. Weergaven van gespreksbijeenkomsten met gehandicapten, 's-Gravenhage, 1975, p. 51.
14. Bosscher, R. J., Over de sociale integratiewaarde van sportbeoefening door gehandicapten. In: de lichamelijk gehandicapte en de sport, Sportcahiers, uitgegeven door de NKS 's-Hertogenbosch, 1976, p. 27.
15. Buisman, A. J., Sport en Pedagogiek. In: Sport en Wetenschap, Intermediair-Amsterdam/de Vrieseborch Haarlem, 1976, p. 104.
16. Broeckaert, L., De sportgeneeskunde en de sport voor allen, in: Sportgeneeskunde, Sportcahiers nr. 4., Uitgeverij Acco, Leuven, 1974, p. 36.
17. Sijtsema, W. Y., Invalidensport in Nederland, 1975, Huisarts en Wetenschap. 18, p. 254-256.
18. Vermeer, A., Lichamelijk gehandicapten en sport. T. v. Revalidatie, 20, 1974.
19. Guttmann, L., Reflection on the 1976 Toronto Olympiad for the physically disabled, Paraplegia (1976), 14, p. 225-240.
20. Nederlandse Invaliden Sportbond, Beleidsnota 1977, Bonds bureau NIS, Amersfoort, p. 55-61.
21. Sijtsema, W. Y., Torontolympiade 1976, Geneeskunde en Sport, (10, 3), 1977 p. 3-20.
22. Huizinga J. Homo Ludens, Proeve eener bepaling van het spel-element der cultuur., H. D. Tjeenk Willink, Groningen, 1938 (6e dr. 1974).



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. M. J. Blok, chef de bureau.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)* College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.

De oud-secretaris, W. J. de Jager, arts, zal nog gedurende enige tijd part-time medewerking blijven verlenen.

van het hoofdbestuur

Voorstellen tot wijziging/aanvulling van de de van de KNMG

In verband met het bepaalde in art. 32 van de huidige Statuten, inhoudende dat de KNMG in 1949 wederom is aangegaan tot 9 september 1978, is het noodzakelijk in de 'duurverlenging' te voorzien. Met het oog op het in 1976 in werking getreden zijn van het nieuwe boek 2 van ons Burgerlijk Wetboek, is van deze gelegenheid gebruik gemaakt om de Statuten op diverse punten met deze nieuwe wetstekst in overeenstemming te brengen. Het Hoofdbestuur stelt de Algemene Vergadering voor met

de navolgende Statutenwijziging in te stemmen. Een toelichting is na de tekst van de artikelen, bijgevoegd.

NB. Het Hoofdbestuur wijst erop dat art. 31 van de Statuten voor wijziging of aanvulling van die Statuten een meerderheid van 2/3 van de uitgebrachte stemmen ter Algemene Vergadering verlangt.

Voorts worden door deze publikatie in Medisch Contact alle leden van de KNMG in het bezit gesteld van deze voorstellen, terwijl deze nog afzonderlijk, in de beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering, aan de afgevaardigden en plaatsvervangend afgevaardigden, en aan de afdelingsbesturen zullen worden toegezonden. Tenslotte wijst het Hoofdbestuur erop dat de voorstellen 5 dagen vóór de Algemene Vergadering in het gebouw Lomanlaan 103 te Utrecht ter inzage liggen tot na afloop van de dag waarop de Algemene Vergadering wordt gehouden.

Utrecht, december 1977

Namens het Hoofdbestuur
J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

Huidige tekst

(Opschrift)

Hoofdstuk I: Doel der Maatschappij

art. 10

Tien of meer gewone leden der Maatschappij kunnen zich tot een afdeling verenigen. In één gemeente mag, als regel, niet meer dan één afdeling gevestigd zijn. Het gebied van elke afdeling wordt door het hoofdbestuur, na overleg met deze en de aangrenzende afdelingen, bepaald. De aanneming van afdelingen geschiedt door het hoofdbestuur. Maakt het hoofdbestuur bezwaar tegen de aanneming van een afdeling, dan wordt daarover door de Algemene Vergadering beslist.

art. 11

De bevoegdheid der afdelingen wordt geregeld bij Huishoudelijk Reglement. Elke afdeling regelt bij eigen Huishoudelijk Reglement haar inrichting en werkzaamheden. Een zodanig reglement verkrijgt eerst kracht door de goedkeuring van het hoofdbestuur. Afdelingen die handelen in strijd met de statuten en reglementen der Maatschappij of met een besluit der Algemene Vergadering, kunnen door de Algemene Vergadering worden ontbonden.

art. 12

De afdelingen zijn samengevoegd tot districten. Ook één afdeling kan een district vormen. Inrichting en werkzaamheden der districten worden geregeld bij Huishoudelijk Reglement.

art. 14.1

Het hoofdbestuur bestaat uit ten minste 9 leden

art. 14.2

Zij worden uit de gewone leden voor ten hoogste 6 jaren gekozen op de wijze als in het Huishoudelijk Reglement is bepaald.

art. 14.3

Het Huishoudelijk Reglement kan bepalen, dat aan het hoofdbestuur leden met raadgevende stem worden toegevoegd.

art. 15

De handhaving van de statuten en reglementen, de behartiging van de belangen der Maatschappij en de uitvoering van haar besluiten

Voorstel

Hoofdstuk I: Doel, naam en zetel der Maatschappij

art. 10

De Maatschappij is geografisch onderverdeeld in afdelingen. Deze afdelingen hebben geen rechtspersoonlijkheid en geen statuten. Elke afdeling regelt bij eigen huishoudelijk reglement haar inrichting en werkzaamheden. Dit reglement mag geen bepalingen bevatten die in strijd zijn met statuten of Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij en verkrijgt eerst rechtskracht door goedkeuring van het hoofdbestuur.

art. 11

Het gebied van een afdeling wordt bepaald door het hoofdbestuur, na overleg met de betrokken afdelingen. Geschillen met betrekking tot instelling en begrenzing van afdelingen worden beslecht door de Algemene Vergadering.

art. 12

De afdelingen zijn samengevoegd tot districten; afdelingen of delen ervan kunnen tezamen een regio vormen. Ook één afdeling kan een district of regio vormen. Inrichting en werkzaamheden van districten en regio's worden geregeld bij het Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij.

art. 14

De handhaving van de statuten en reglementen, de behartiging van de belangen van de Maatschappij, de bevordering van haar doelstellingen en de uitvoering van haar besluiten, zijn opgedragen aan het hoofdbestuur.

art. 15.1

Het hoofdbestuur bestaat uit ten minste twaalf leden. Deze worden door de Algemene Vergadering uit de gewone leden

zijn opgedragen aan het hoofdbestuur. Het hoofdbestuur wijst uit zijn midden ten minste 3 leden aan, die het dagelijks bestuur vormen op de wijze als in het Huishoudelijk Reglement is omschreven. Het bepaalde in art. 14, 3e lid, is van overeenkomstige toepassing. Het dagelijks bestuur vertegenwoordigt de Maatschappij in rechten. Het hoofdbestuur is van zijn handelingen verantwoording schuldig aan de Algemene Vergadering.

art. 16

Jaarlijks roept het hoofdbestuur ten minste één Algemene Vergadering van afgevaardigden bijeen. Indien ten minste 5 afdelingen dit verlangen, roept het hoofdbestuur binnen 6 weken na ontvangst van het daartoe strekkend verzoek een Algemene Vergadering bijeen. Geeft het hoofdbestuur binnen de voorgeschreven termijn geen gevolg aan het onderhavige verzoek, dan hebben de bedoelde afdelingen het recht, zelf tot het bijeenroepen van een Algemene Vergadering over te gaan.

art. 17

De afgevaardigden ter Algemene Vergadering worden door de afdelingen gekozen op een in het Huishoudelijk Reglement bepaalde wijze.

art. 18

De wetgevende macht in de Maatschappij berust, behoudens de in

gekozen op voordracht van een afdeling, van ten minste vijf afgevaardigden, of van het hoofdbestuur. Nadere regels omtrent de wijze van kandidaatstelling en verkiezing worden bij Huishoudelijk Reglement vastgesteld.

art. 15.2

Op voorstel van het hoofdbestuur of van ten minste tien afgevaardigden kan een hoofdbestuurslid op grond van zwaarwegende redenen door de Algemene Vergadering in zijn functie worden geschorst of worden ontslagen.

art. 15.3

Het lidmaatschap van het hoofdbestuur is onverenigbaar met een aantal in het Huishoudelijk Reglement bepaalde functies binnen de Maatschappij.

art. 15.4

De leden van het hoofdbestuur hebben, behoudens bijzondere bepalingen terzake in het Huishoudelijk Reglement, zitting gedurende een termijn van ten hoogste zes jaren. Nadere regels omtrent zittingsduur en rooster van aftreden worden bij Huishoudelijk Reglement vastgesteld.

art. 15.5

Het hoofdbestuur kiest uit zijn midden, op de wijze als beschreven in het Huishoudelijk Reglement, een voorzitter, een onder-voorzitter en een of meer leden, die tezamen het dagelijks bestuur vormen. Het dagelijks bestuur vertegenwoordigt de Maatschappij in en buiten rechte.

art. 15.6

Het Huishoudelijk Reglement kan bepalen dat aan hoofdbestuur en dagelijks bestuur leden met een raadgevende stem worden toegevoegd.

art. 16.1

Jaarlijks roept het hoofdbestuur ten minste één Algemene Vergadering van afgevaardigden bijeen. De beschrijvingsbrief met de te behandelen onderwerpen en voorstellen wordt in het officiële orgaan van de Maatschappij gepubliceerd en aan de afdelingsbesturen en afgevaardigden toegezonden.

art. 16.2

Ten minste vijf afdelingen of tien afgevaardigden gezamenlijk kunnen de wens te kennen geven dat een Algemene Vergadering wordt uitgeschreven. Ingeval het hoofdbestuur aan dit verzoek niet binnen veertien dagen na ontvangst gevolg geeft, hebben de betreffende afdelingen of afgevaardigden het recht zelf tot bijeenroeping van de Algemene Vergadering over te gaan.

art. 17.1

De afgevaardigden en plaatsvervangend afgevaardigden ter Algemene Vergadering worden, op voordracht van het afdelingsbestuur of van ten minste vijf afdelingsleden, door de afdelingen uit de gewone leden gekozen voor een termijn van vier jaren.

art. 17.2

Iedere afdeling heeft ten minste recht op één afgevaardigde en één plaatsvervangend afgevaardigde. Elk ledental boven de 200 of boven een veelvoud van 200 geeft recht op nog een afgevaardigde en plaatsvervangend afgevaardigde.

art. 17.3

De status van afgevaardigde en van plaatsvervangend afgevaardigde is onverenigbaar met een aantal in het Huishoudelijk Reglement bepaalde functies binnen de Maatschappij.

art. 18.1

De wetgevende macht in de Maatschappij berust, behoudens de in

artikelen 22 en 33 beschreven gevallen, bij de Algemene Vergadering.

art. 21.1

De huidige verwijzing luidt:

. . . in de artikelen 23, 27, 31 en 33 . . .

art. 22

De Algemene Vergadering kan vóór de stemming over een voorstel bepalen, dat bij aanneming de beslissing ter bekrachtiging moet worden onderworpen aan een eindstemming door de gewone leden van de Maatschappij. Bij een eindstemming brengen de gewone leden hun stem schriftelijk uit op een in het Huishoudelijk Reglement bepaalde wijze.

art. 23.1

De Algemene Vergadering kan besluiten nemen, die aan de gewone leden gedurende een periode van maximaal één jaar een omschreven verplichting opleggen. Voor het aannemen van een voorstel tot een tijdelijke verplichting is vereist, dat ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen zich hiervoor uitspreken.

art. 23.2

Verplichtingen voor de gewone leden zonder tijdsbeperking moeten in het Huishoudelijk Reglement worden vastgelegd.

art. 23.3

In spoedeisende gevallen kan het hoofdbestuur een besluit nemen, waarbij aan de gewone leden, tot de datum van de eerstvolgende Algemene Vergadering, een omschreven verplichting wordt opgelegd.

Hoofdstuk VI: Andere organen

(art. 24 ontbreekt)

artikelen 22 en 33 beschreven gevallen, bij de Algemene Vergadering. Het hoofdbestuur is voor zijn handelingen en beslissingen verantwoordig schuldig aan de Algemene Vergadering.

art. 18.2

Ten aanzien van besluiten van het hoofdbestuur staat voor de direct betrokkenen, op de in het Huishoudelijk Reglement beschreven wijze, beroep open bij de Algemene Vergadering. De Algemene Vergadering beslist over alle geschillen met het hoofdbestuur.

art. 21.1

De verwijzing komt te luiden:

. . . in de artikelen 23, 26, 31 en 33 . . .

art. 22.1

De Algemene Vergadering kan vóór de stemming over een voorstel bepalen, dat bij aanneming de beslissing ter bekrachtiging moet worden onderworpen aan een eindstemming door de gewone leden van de Maatschappij.

art. 22.2

Een eindstemming door de gewone leden vindt plaats binnen drie maanden na de Algemene Vergadering waarin het besluit werd genomen. Bij een dergelijke stemming brengen de gewone leden hun stem schriftelijk uit op een in het Huishoudelijk Reglement bepaalde wijze.

art. 23.1

Onveranderd.

art. 23.2

Verplichtingen voor de gewone leden zonder tijdsbeperking moeten in het Huishoudelijk Reglement worden vastgelegd. Een hiertoe strekkend voorstel moet in de beschrijvingsbrief van de Algemene Vergadering worden opgenomen en ten minste zes weken vóór deze vergadering in het officiële orgaan van de Maatschappij worden gepubliceerd.

art. 23.3

Onveranderd.

Hoofdstuk VI: Maatschappelijke verenigingen**art. 24**

Binnen de Maatschappij bestaan verenigingen aan welke de bevordering van het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van hun sociaal-economische en van hun overige maatschappelijke belangen is toebedeeld. De statuten van deze verenigingen mogen geen bepalingen bevatten welke in strijd zijn met de Statuten van de Maatschappij. In dit opzicht behoeven deze statuten en de wijzigingen daarin de goedkeuring van het hoofdbestuur.

Nadere regels met betrekking tot de verhouding van deze verenigingen tot de Maatschappij en hun onderlinge verhouding, worden in het Huishoudelijk Reglement opgenomen.

Hoofdstuk VII: Geldmiddelen**art. 25**

Andere dan in de statuten genoemde organen kunnen bij Huishoudelijk Reglement worden ingesteld. De regeling met betrekking tot deze organen wordt in het Huishoudelijk Reglement opgenomen.

art. 26

Bij de erkenning en registratie van medische specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen zijn organen betrokken welke onder meer tot taak hebben:

- a. de vaststelling van de eisen waaraan moet worden voldaan om als medisch specialist, sociaal-geneeskundige of huisarts te worden erkend;
- b. de toepassing en de uitvoering van de vastgestelde eisen;
- c. de behandeling van beroep, ingesteld tegen beslissingen bij de toepassing en uitvoering van de vastgestelde eisen.

art. 27

De artikelen van het Huishoudelijk Reglement welke betrekking hebben op de erkenning en registratie van medische specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen, kunnen alleen worden gewijzigd in overleg met de ministers onder wier departement het wetenschappelijk onderwijs, onderscheidenlijk volksgezondheid ressorteert. Voor het aannemen door de Algemene Vergadering van een voorstel tot wijziging van artikelen van het Huishoudelijk Reglement welke betrekking hebben op de samenstelling van de organen bedoeld in artikel 26, en van de artikelen waarin de rechtskracht van besluiten afhankelijk wordt gesteld van de goedkeuring door de bedoelde ministers, is vereist, dat ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen zich hiervoor uitspreken.

Hoofdstuk VIII: Verandering der statuten
(wijziging opschrift)**(Hoofdstuk IX ontbreekt)****art. 31**

Voor een wijziging of aanvulling van deze statuten is vereist, dat een daartoe strekkend voorstel is opgenomen in de beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering en dat aanneming van het voorstel geschiedt met ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen. De gewijzigde statuten treden in werking, zodra daaraan de Koninklijke goedkeuring is verleend en van deze goedkeuring aan de leden is kennis gegeven.

Hoofdstuk VII: Andere organen**art. 25**

De Maatschappij kent organen belast met de tuchtrechtspraak en met de behandeling van geschillen. De regeling met betrekking tot deze rechtspraak wordt in het Huishoudelijk Reglement opgenomen. Ieder gewoon lid van de Maatschappij is aan deze rechtspraak onderworpen.

art. 26.1

Bij de erkenning en registratie van medische specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen zijn organen betrokken welke onder meer tot taak hebben:

- a. de vaststelling van de eisen waaraan moet worden voldaan om als medisch specialist, sociaal-geneeskundige of huisarts te worden erkend;
- b. de toepassing en de uitvoering van de vastgestelde eisen;
- c. de behandeling van beroep, ingesteld tegen beslissingen bij de toepassing en uitvoering van de vastgestelde eisen.

art. 26.2

De artikelen van het Huishoudelijk Reglement welke betrekking hebben op de erkenning en registratie van medische specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen, kunnen alleen worden gewijzigd in overleg met de ministers onder wier departement het wetenschappelijk onderwijs, onderscheidenlijk volksgezondheid ressorteert.

Voor het aannemen door de Algemene Vergadering van een voorstel tot wijziging van artikelen van het Huishoudelijk Reglement welke betrekking hebben op de samenstelling van de organen bedoeld in artikel 26 lid 1, en van de artikelen waarin de rechtskracht van besluiten afhankelijk wordt gesteld van de goedkeuring door de bedoelde ministers, is vereist, dat ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen zich hiervoor uitspreken.

art. 27

Andere dan in de statuten genoemde organen kunnen door de Maatschappij bij Huishoudelijk Reglement worden ingesteld. De regeling met betrekking tot deze organen wordt in het Huishoudelijk Reglement opgenomen.

Hoofdstuk VIII: Geldmiddelen**Hoofdstuk IX: Verandering der statuten****art. 31.1**

Voor een wijziging of aanvulling van deze statuten is vereist:

- a. dat een daartoe strekkend voorstel is opgenomen in de beschrijvingsbrief van de Algemene Vergadering en ten minste zes weken vóór deze vergadering ter kennis is gebracht van de afdelingsbesturen en de afgevaardigden, en
- b. dat aanneming van het voorstel geschiedt met ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen.

art. 31.2

De verandering der statuten treedt in werking nadat hiervan een notariële acte is opgemaakt.

art. 32

De vereniging is aangegaan voor een tijdvak van 29 jaren en 11 maanden, te rekenen van 10 december 1892. Bij het verstrijken van genoemd tijdvak wordt de vereniging opnieuw aangegaan voor de tijd van 29 jaren en 11 maanden, alzo tot 10 oktober 1952. In 1949 is de vereniging opnieuw aangegaan tot 9 september 1978. Vóór deze datum zal over het al of niet voortbestaan der Maatschappij worden beslist.

art. 33

Ontbinding van de Maatschappij kan slechts plaatsvinden als een daartoe strekkend voorstel is opgenomen in de beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering en in die vergadering wordt aangenomen met ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen. Deze beslissing moet ter bekrachtiging – waarvoor een volstreekte meerderheid is vereist – worden onderworpen aan een eindstemming door de gewone leden van de Maatschappij. Bij bekrachtiging van de beslissing zijn de afgevaardigden die zich tegen het voorstel tot ontbinding hebben verklaard, bevoegd de afgifte aan hen te eisen van de bezittingen der Maatschappij, tegen betaling ener vergoeding tot een bedrag, bij scheidsrechterlijke uitspraak vast te stellen, en tegen overneming van alle verplichtingen, uit art. 1702 Burgerlijk Wetboek voor de leden der Maatschappij voortvloeiende. Bij het besluit wordt de benoeming der scheidsrechters geregeld, en een andere instelling met een doel, zoveel mogelijk overeenkomende met dat der Maatschappij aangewezen, aan welke bovenbedoelde vergoeding zal worden uitgekeerd of aan welke de bezittingen der Maatschappij worden toegewezen, indien de minderheid van haar bevoegdheid tot het overnemen daarvan niet binnen één jaar na de goedkeuring van het voorstel door de leden heeft gebruik gemaakt. Het op het ogenblik der ontbinding zitting hebbend hoofdbestuur is met de vereffening belast.

Toelichting

Op 26 juli 1976 is in werking getreden het nieuwe Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Enkele belangrijke gevolgen: iedere vereniging is rechtspersoon. Alle verenigingen dienen – evenals de stichtingen – in een register te worden ingeschreven en wel binnen een termijn van 3 jaar (dus vóór 26 juli 1979). Verenigingen die *erkend* waren onder de oude wet van 1855 en wellicht zelfs daarvóór al bestonden, zijn rechtspersoon gebleven met volledige rechtsbevoegdheid. Zij staan gelijk met verenigingen die op voet van de nieuwe wet de statuten *notarieel* hebben vastliggen. Voor de KNMG – sedert 1849 bestaand en sinds lang in het bezit van de Koninklijke Goedkeuring – rezen dus geen problemen. De KNMG werd dan ook op 15 april 1977 in het Verenigingsregister ingeschreven.

Volgens de nieuwe wetstekst moeten statuten aan een aantal minimeisen voldoen. Is dat niet het geval dan moet aanpassing aan deze minimeisen geschieden tegelijk met de eerste statutenwijziging na 26 juli maar uiteraard kan ook een eerdere gelegenheid worden aangegrepen.

Uit artikel 32 van de Statuten blijkt dat de KNMG 'is aangegaan' tot 9 september 1978 en dat vóór die datum over het voortbestaan zal moeten worden beslist, dus uiterlijk op de Algemene Vergadering van 17 maart 1978. Artikel 32 hing samen met de oude wet uit 1855 die tot gevolg had dat verenigingen steeds voor perioden van 29 jaren en 11 maanden werden aangegaan, de zogenaamde duurverleningsregeling. Deze regeling is weliswaar verdwenen, maar art. 32 Stat. zal moeten worden aangepast. Dus: Statuten-

art. 32

De Maatschappij, opgericht in 1849, is bij Koninklijk Besluit gedagtekend 26 november 1849 als zedelijk lichaam erkend, en heeft bij Koninklijk Besluit dd. 7 juli 1949 het predikaat Koninklijk gekregen. De vereniging is vanaf de inwerkingtreding van de statuten-wijziging in 1978 aangegaan voor onbepaalde tijd.

art. 33.1

Ontbinding van de Maatschappij kan slechts plaatsvinden
a. als een daartoe strekkend voorstel is opgenomen in de beschrijvingsbrief van de Algemene Vergadering en ten minste zes weken vóór deze vergadering ter kennis is gebracht van de afdelingsbesturen en de afgevaardigden, en
b. als aanneming van het voorstel geschiedt met ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen.

art. 33.2

Deze beslissing of een besluit tot wijziging of schrapping van dit lid, moet ter bekrachtiging – waarvoor een volstreekte meerderheid is vereist – worden onderworpen aan een eindstemming door de gewone leden van de Maatschappij conform art. 22 lid 2.

art. 33.3

Het op het ogenblik van de ontbinding zitting hebbende hoofdbestuur is met de afwikkeling en vereffening belast.

wijziging (conform art. 31) nodig (kan onder de nieuwe wet alleen bij notariële acte) en daarbij kunnen dan meteen de minimeisen worden nageleefd. De minimum-eisen betreffen:

1. de naam en zetel; 2. het doel; 3. de verplichtingen van de leden; 4. de wijze van bijeenroepen van de AV; 5. de wijze van benoeming en ontslag van bestuurders; 6. de bestemming van het batig saldo bij ontbinding.

Met het oog op deze vereisten zijn, in samenwerking met de notaris van de KNMG, de statuten in hun geheel nagezien en tevens wordt deze gelegenheid te baat genomen om enkele nieuwe bepalingen op te nemen met betrekking tot belangrijke zaken (rechtspraak, maatschappelijke verenigingen), welke tot nu toe in de Statuten node werden gemist.

Artikelsgewijze toelichting

De artikelen 10, 11 en 12 omvatten dezelfde materie als in de huidige Statuten, alleen in wat andere rangschikking. Omdat het nieuwe verenigingsrecht niet met volstreekte duidelijkheid de positie van (plaatselijke) afdelingen van grote verenigingen regelt, is in art. 10 zo kort en helder mogelijk neergelegd hoe de verhoudingen binnen de KNMG zijn. De erg zware sanctie van ontbinding van een afdeling door de Algemene Vergadering handelt in strijd met statuten of Huishoudelijk Reglement, wordt uit de tijd geacht en geschrapt.

Het huidige artikel 10 stamt uit lang vervlogen tijden toen er

nog niet overal afdelingen waren. Artikel 11 (nieuw) regelt in korte en moderne bewoordingen de gebiedsafbakening. Ook art. 12 handelt over gebiedsafbakening, maar ditmaal op districts- en regionaal niveau. De bestaande districtsindeling – het gehele land omvattende – is van betekenis voor de rechtspraak en voor het groeperen van afdelingen met betrekking tot het rooster van verkiezing van afgevaardigden. Daarnaast hebben in sommige gebieden de Mij-districten en de districtsbesturen nog een belangrijke functie als overlegorgaan op bestuursniveau, voor het coördineren van activiteiten van aangrenzende afdelingen, e.d. Het feit van deze statutenwijziging wordt voorts een goede gelegenheid geacht om vooruit te lopen op de ontwikkelingen met betrekking tot de *regionalisatie*. De formulering hiervan is echter minder stringent: 'afdelingen of delen ervan kunnen een regio vormen'. Hiermee is een nuttig fundament voor de toekomst gelegd.

Ook bij de nieuwe formulering van de artikelen 14 en 15 is primair een betere rangschikking beoogd. Zo wordt in art. 14 vooropgesteld wat *de taak* van het hoofdbestuur is. In art. 15 volgt dan de meer praktische uitwerking. Art. 15, lid 1 is wat betreft het aantal hoofdbestuursleden up to date gebracht. Voorts zijn, omdat de nieuwe wet dat voorschrijft, nu in de statuten opgenomen de hoofdregels met betrekking tot de wijze van verkiezing, de incompetenties, de zittingsduur, het periodiek aftreden, de kandidaatstelling, de functie- en taakverdeling van de hoofdbestuursleden. Tevens schrijft de wet voor dat de statuten een regeling moeten inhouden voor schorsing en ontslag van bestuursleden. Een dergelijke regeling, die de KNMG tot nog toe niet kende, is nu opgenomen in art. 15 lid 2. De regels aangaande het dagelijks bestuur zijn samengevat in art. 15 lid 5, zonder dat wijzigingen van betekenis nodig waren.

NB. De allerlaatste zin van art. 15 oud – het hoofdbestuur is verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering is verplaatst naar art. 18, lid 1 nieuw.

De artikelen 16 t/m 23 hebben betrekking op de Algemene Vergadering. Bij de herziene rangschikking en formulering is enerzijds rekening gehouden met de eisen die de nieuwe wetstekst stelt, maar anderzijds uiteraard ook met het pakket reglementswijzigingen dat door de Algemene Vergadering op 25 maart 1977 werd aangenomen en waarop, naar aanleiding van het rapport 'Functioneren Algemene Vergadering' op 16 september 1977 nog enige belangrijke aanvullingen kwamen. Kort gezegd: de essentie van de artikelen 401 t/m 420 Huishoudelijk Reglement – inclusief de in 1977 aangebrachte wijzigingen – is nu terug te vinden in de statuten. Aan art. 16, lid 1 is een volzin over de *publicatie* van de beschrijvingsbrief in Medisch Contact en over de toezending aan de afdelingsbesturen opgenomen. Volgens art. 16, lid 2 zijn naast 5 afdelingen nu ook 10 afgevaardigden gezamenlijk tot bijeenroeping bevoegd. Dit is in overeenstemming met de ontwikkelingen van de laatste jaren tot versterking van de positie van de Algemene Vergadering en met het reeds in deze zin gewijzigde art. 415 van het Huishoudelijk Reglement. Ook in artikel 17 kan niet worden volstaan met een simpele verwijzing naar het Huishoudelijk Reglement.

De hoofdlijnen van de verkiezingsprocedure, zittingsduur, onverenigbaarheid etc. voor de afgevaardigden dienen in de statuten voor te komen. Opgenomen is in art. 18, lid 2 de regeling van het beroep op de Algemene Vergadering inzake besluiten van het hoofdbestuur. Tot nu toe was hieromtrent alleen iets te vinden in het Huishoudelijk

Reglement (art. 419, 420). Op grond van de strengere eisen van de wet werd art. 22 gesplitst en werd in lid 2 de termijn opgenomen waarbinnen het referendum moet plaatsvinden. Ook aan art. 23, lid 2 werd een verfijning toegevoegd, ditmaal wat betreft de wijze van agendering en publicatie van een voorstel tot het opnemen van een verplichting voor de leden in het Huishoudelijk Reglement.

Hoofdstuk VI, genaamd 'Maatschappelijke Verenigingen' is een nieuw hoofdstuk. Het beslaat slechts één artikel: 24 nieuw. Het moge wonderlijk lijken, maar tot op dit moment noemden de statuten van de KNMG de maatschappelijke verenigingen niet. Artikel 25 (oud) gaf onder de benaming 'andere organen' voldoende ruimte voor het tot bloei komen van de maatschappelijke verenigingen sinds de 2e wereldoorlog en in het Huishoudelijk Reglement was een heel hoofdstuk (VIII; art. 500 e.v.) eraan gewijd.

In één artikel (art. 24) wordt nu het fundament gelegd, waarbij duidelijk de rol van de maatschappelijke verenigingen binnen het geheel van de KNMG wordt weergegeven, nl. de bevordering van het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van de sociaal-economische belangen en van de overige maatschappelijke belangen van die leden. Met het woord 'toebedeeld' is onderstreept dat deze bevordering en behartiging zelfstandig door de maatschappelijke verenigingen geschiedt.

De goedkeuring van de statuten van de maatschappelijke verenigingen vindt, naar analogie van artikel 503 Huishoudelijk Reglement, zijn plaats in de Statuten. Deze goedkeuring reikt evenwel niet verder dan de voorkoming van strijdigheid met die van de KNMG zelf.

Tussen de KNMG en de maatschappelijke verenigingen is afgesproken dat de opstelling van de statuten van de maatschappelijke verenigingen en de aanvullingen/wijzigingen van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG en de maatschappelijke verenigingen, in goed overleg zullen plaatsvinden.

Curieus is het feit dat ook de rechtspraak van de KNMG – werkelijkheid sinds 1903! – evenmin in de statuten was verankerd. Artikel 25 (nieuw) voorziet hierin, waarbij uiteraard nauw aansluiting is gezocht bij de formulering van art. 600 van het Huishoudelijk Reglement. In de overige bepalingen omtrent de 'Andere organen' komt geen wijziging. Alleen de volgorde en nummering wordt meer logisch opgezet: onder artikel 26 (2 leden) vindt men in het vervolg alles omtrent de erkenning en registratie van specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen, en pas daarna komt art. 27 (nieuw) met de mededeling dat ook nog andere dan in de statuten genoemde organen bij Huishoudelijk Reglement kunnen worden ingesteld.

De aanleiding tot de gehele operatie 'herziening statuten' is te vinden in de Slotbepalingen. Daaraan vooraf gaat nog een bepaling over de verandering der statuten, artikel 31. Evenals elders is ook hier het een en ander opgenomen over agendering en publicatie van voorstellen ter zake. De zin over de Koninklijke Goedkeuring en over de inwerking treding van de gewijzigde tekst, is vervangen door lid 2: het moment van verlijden van de acte ten overstaan van de notaris is nu bepalend.

Aangezien de datum 9 september 1978 in art. 32 met rassen schreden dichterbij kwam, had het hoofdbestuur zich al vóór het inwerking treden van het nieuwe Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, bezonnen op herformulering. De formulering die nu is gekozen is de gebruikelijke: de vereniging wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.

Tenslotte is artikel 33 voor de duidelijkheid in 3 leden

onderverdeeld. Lid 1 omvat, wederom slechts met aanvulling op het stuk van de termijnen, dezelfde regeling als tot nu toe. Het komt gewenst voor de ontbinding aan het referendum onderworpen te laten blijven. Met betrekking tot liquidatie en vereffening komt de nieuwe wet ons gelukkig wel te hulp. De wat curieuze en zeker verouderde regeling van art. 33 (oud) kon alleen al door het vervallen van art. 1702 BW niet gehandhaafd blijven. Art. 23 Boek 2 BW geeft een zeer goed bruikbare en duidelijke regeling die bindend is voorzover de statuten niet anders bepalen (en dat doen ze niet wanneer de voorgestelde wijzigingen worden aanvaard). Kort en goed komt het hier op neer: een eventueel batig saldo na vereffening vervalt aan de leden; het op het ogenblik van ontbinding zittende bestuur is met liquidatie en vereffening belast, zoals zowel de oude als de nieuwe tekst van artikel 33 Statuten KNMG met zoveel woorden bepalen.

Van het hoofdbestuur

Vergoeding voor waarneming 1978

Het dagelijks bestuur van de Maatschappij heeft op advies van de Commissie voor Waarneming en Vestiging, na overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging, besloten de richtlijnen voor de vergoeding voor waarneming van 1 januari 1977 aan te passen op een wijze, zoals hieronder is aangegeven.

I. Richtlijnen vergoeding waarneming huisartsen

Vergoeding voor waarneming kleine huisartspraktijk f 343,— per dag + reiskosten.
 Vergoeding voor waarneming middelgrote huisartspraktijk f 368,— per dag + reiskosten.
 Vergoeding voor waarneming grote huisartspraktijk f 393,— per dag + reiskosten.

Dit tarief geldt per reëel gewerkte dag. Bij genoten kost en inwoning in het huis van de waar te nemen arts, dient een bedrag van het waarneemtarij te worden afgetrokken. Dit bedrag ligt in de orde van f 38,— per dag.

II. Richtlijnen vergoeding waarneming specialisten

Vergoeding voor waarneming kleine specialistenpraktijk f 360,— per dag + reis- en verblijfkosten.
 Vergoeding voor waarneming middelgrote specialistenpraktijk f 420,— per dag + reis- en verblijfkosten.
 Vergoeding voor waarneming grote specialistenpraktijk f 480,— per dag + reis- en verblijfkosten.

Bij het vaststellen van deze bedragen is ervan uitgegaan dat deze bedragen voor 7 dagen per week worden uitbetaald.

III. Overige richtlijnen

De autokostenvergoeding bedraagt voor 1978 46 cent per kilometer.

De aandacht wordt er nog eens op gevestigd, dat het aanbeveling verdient om bij het aangaan van de waarneming duidelijke afspraken te maken. Indien men een waarneming aangaat of indien men met een waarnemer een afspraak maakt, zal men ook rekening moeten houden met bijzondere omstandigheden in geval deze zich voordoen.

De afdeling ledenbemiddeling der KNMG en de deskundige afdelingen van LHV en LSV zijn te allen tijde bereid hierover nadere informatie of adviezen te geven. Zo men hiervan gebruik wil maken dan dient men zich te wenden — voor huisartsen tot de afdeling ledenbemiddeling der KNMG en de LHV;
 — voor specialisten tot de LSV.

adres Lomanlaan 103 te Utrecht, telefoon 030-885411.

Op deze wijze kan men alle gewenste mondelinge of schriftelijke inlichtingen of adviezen verkrijgen, die men nodig heeft.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal.



Deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor Medische Specialisten.

Op grond van artikel 14, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten heeft het bestuur een rooster van aftreden van de leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad vastgesteld in de vergadering van 14 maart 1974. Op grond van dit rooster treden de leden van de even districten en de plaatsvervangende leden van de oneven districten ultimo 1977 af als lid respectievelijk plaatsvervangend lid van de deelnemersraad.

Uit de informatie, die wij tot op heden hebben ontvangen van de voorzitters van de districten der Landelijke Specialisten Vereniging, blijkt dat onderstaande leden van de deelnemersraad zich herkiesbaar stellen:

	<u>Leden</u>
District II	O. H. Persijn van Meerten, Bakum.
Haarlem en O.	W. Wesseldijk, IJmuiden
Haarlemmermeer en O.	
Kennemerland	
District IV	vacature
's-Gravenhage	vacature
District VI	Dr. J. R. Steenbeek, Rotterdam.
Rotterdam	vacature
Schiedam en O.	
District X	Dr. J. J. P. van Gils, Vught
's-Hertogenbosch	vacature
ZO-Brabant	
District XI	vacature
Heerlen en O.	
Limburg Noord	
Limburg Zuid	
Sittard-Geleen	

District XIV Arnhem en O. Nijmegen en O. Tiel en O. Wageningen en O.	<u>Leden</u> Dr. J. W. Reinking, Oosterbeek. B. C. Charbon, Arnhem.
District XVII Almelo en O. Enschede Midden Twente	vacature
District XVIII Drente	Dr. S. H. Scholte, Assen.
District XX Groningen en O.	Dr. C. Kuypers, Haren ((Gr.))
District I Amsterdam	<u>Plaatsvervangende leden</u> Mw. M. J. van Houten, Amstelveen. Dr. H. A. van Wijngaarden, Amsterdam.
District IV 's-Gravenhage	vacature
District V Alphen aan de Rijn Delft en O. Gouda en O. Leiden en O.	C. D. W. van Schaick, Oegstgeest.
District VII Dordrecht en O. Goeree en Overflakkee Gorinchem	vacature
District IX Bergen op Zoom Breda en O. Roosendaal en O. Tilburg en O.	Dr. H. P. Hamers, Hilvarenbeek. Dr. P. van Rosenvelt, Breda.
District XI Heerlen en O. Limburg Noord Limburg Zuid Sittard-Geleen	Dr. J. Th. K. G. Nieuvelstein, Schaesberg (L) vacature
District XIII Amersfoort en O. Bussum Hilversum	W. A. N. Koetsier, Bussum. vacature
District XV Apeldoorn en O. Gelderse Achterhoek	W. A. F. D. van Douveren, Apeldoorn.
District XVII Almelo en O. Enschede Midden Twente	vacature

District XIX
Friesland N.
Friesland O.
Friesland ZW-Hoek
Heerenveen en O.

Aangezien niet alle leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad zich op grond van vorgenoemd rooster van aftreden zich herkiesbaar hebben gesteld ontvingen wij de volgende voordrachten van kandidaat-leden en kandidaat-plaatsvervangende leden:

kandidaat-leden
District IV
's-Gravenhage
C. Bom, 's-Gravenhage,
Dr. W. A. Herrmann, 's-Gravenhage

District VI
Rotterdam
Schiedam en O.
Dr. A. Mansoer, Schiedam.

District X
's-Hertogenbosch
ZO-Brabant
L. M. J. Nyst, Eindhoven

District XI
Heerlen en O.
Limburg Noord
Limburg Zuid
Sittard-Geleen
Mw. M. S. M. Daniëls-Bosman, Spaubeek.

District XVII
Almelo en O.
Enschede en O.
Midden Twente
P. D. L. Loois, Enschede.

Kandidaat-plaatsvervangende leden
District IV
's-Gravenhage
A. C. Nieuwenhuijzen Kruseman, 's-Gravenhage

District VII
Dordrecht en O.
Goeree en Overflakkee
Gorinchem
H. Burger, Dordrecht.

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de SPMS kan op schriftelijk verzoek, door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandidaat toegevoegd worden. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur ingediend te worden. Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen gehouden worden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, januari 1978

Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter.
Dr. F. G. C. Buyse, secretaris.

NB. Van de districten III, V, VIII, XI, XII, XIII, XVI en XVII volgt nog een publikatie inzake herbenoemingen en voordrachten van kandidaten.

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van januari t/m maart 1978

Kopij voor deze rubriek dient twee weken vóór de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-885411.

18 januari – NHI-symposium 'Huisarts en Hypertensie'. Plaats: Expo-zaal van het Beatrixgebouw, Jaarbeurs, Utrecht. Inlichtingen: Mw. M. C. Verhaar-van der Gouw, Ned. Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-319946.

20 t/m 22 januari – SI-Samenwerkingsproject eerste lijn NHI-NK-JOINT: Training sociale vaardigheden voor werkers in eerste lijnssamenwerkingsverbanden. Inlichtingen: Mw. E. Zoer, Ned. Huisartsen Instituut, Mariahoek Utrecht. Rtrecht. Tel. 030-319946.

25 januari – Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222 – tst. 2797.

2 en 3 februari – Blok cursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

9 en 10 februari – Blok cursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

15 en 16 februari – Twee identieke cursusdagen over 'Hormonale

regulatie van de groei', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

22 februari – Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, tst. 2797.

27 februari t/m 3 maart – Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

2 en 3 maart – Blok cursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

9 en 10 maart – Blok cursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

15 en 16 maart – Twee identieke cursusdagen over 'Zwakzinnigheid – onderkenning-begeleiding-preventie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

13 t/m 17 maart – Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: bungalowpark 'Het Kraanven', Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

29 maart – Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, tst. 2797.

15 april – Microsymposium 'praktische relevantie van de medische enzymologie'. Plaats: grote collegezaal Academisch Ziekenhuis Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Utrecht, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht. Tel. 030-373346 (9.00-13.00 uur).

INHOUD OFFICIEEL

KNMG – van het hoofdbestuur:

Voorstellen tot wijziging/aanvulling van de Statuten van de KNMG 88

Vergoeding voor waarneming 1978 94

Van de SPMS:

Deelnemersraad 94

Van de Stichting Nascholing Huisartsen:

Nr. 3 – 20 januari 1978

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van januari t/m maart 1978 96