



redactioneel

- Dit nummer van Medisch Contact is vrijwel geheel gewijd aan het dertigste Ledencongres van de KNMG dat deze dagen in Arnhem wordt gehouden. Het wetenschappelijk gedeelte is afgestemd op de problematiek met betrekking tot een enigszins afgebakend deelgebied van de jeugdgezondheidszorg: 'De adolescent in de geneeskunde'. Verdeeld over zes secties zullen de congresgangers zich buigen over de volgende aspecten van het centrale thema: 1. Groei en ontwikkeling; 2. Omgevingsinvloeden op de adolescent; 3. Verslaafd gedrag; 4. Ongeneeslijke aandoeningen; 5. Stofwisseling; 6. Psychosociale problemen. Tevooren zal F. Wafelbakker, geneeskundig inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg, in een plenaire zitting de adolescent en diens specifieke problemen in zijn algemeenheid introduceren. De wetenschappelijke commissie wil met deze opzet trachten na te gaan of de verschillende aspecten van de adolescent in de geneeskunde al of niet tot een synthese kunnen worden gebracht. Duidelijkheid hieromtrent zal wellicht worden geboden door de voorzitter van deze commissie, Dr. A. E. Meinders, wiens taak het zal zijn in een slotzitting het verhandelde te evalueren, waarbij hij antwoord zal proberen te geven op de vraag: Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen? Dat lezen we volgende week in Medisch Contact.
- Een verkeerd gericht pragmatisme is niet de oplossing voor het dilemma van de schaarste. Aldus KNMG-voorzitter Ch. J. Maats in zijn congresrede. De vraag is volgens hem niet of we de komende jaren ons beddental op 4 op de 1.000 inwoners kunnen houden of zelfs op minder, maar of we voor een ouder wordende bevolking op tijd de beste zorg kunnen en willen blijven verschaffen. Willen de problemen met een maatschappelijke dimensie waarop de arts in zijn beroepsuitoefening stuit tot een bevredigend eind worden gebracht, dan zal hem bij de oplossing daarvan een volwassen rol moeten worden toebedeeld.



Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1226
<i>Inzenders: C. C. Sluiter, J. Braaksma-de Lint</i>	

Het 30ste KNMG-Ledencongres

Welkom in Arnhem	1229
------------------------	------

'Arnhem de genoeglykste'. Welkomstwoord van de voorzitter afdeling Arnhem en Omstreken, Dr. C. van Gastel	1230
---	------

De uitoefening van het medisch beroep en het dilemma van de schaarste, congresrede van KNMG-voorzitter Ch. J. Maats	1231
--	------

'De adolescent in de geneeskunde', programma wetenschappelijk gedeelte	1236
--	------

Introductie, door Dr. A. E. Meinders, voorzitter wetenschappelijke commissie	1237
--	------

Samenvattingen van de vierentwintig voordrachten	1241
--	------

Excursies	1253
-----------------	------

Arnhem, stad in de natuur	1255
---------------------------------	------

Derde rapport Visie Commissie (II) – Van patiënt tot psychiater. Bevolkingsenquête: opzet en uitkomst, door R. E. Offerhaus	1259
---	------

Ontwikkeling opleiding verpleegkunde	1261
--	------

Enige aspecten van automatisering in de klinische chemie, door Dr. L. van Leeuwen	1262
---	------

Twee consilia van Andreas Vesalius, door Dr. H. L. Houtzager	1264
--	------

Psychotherapeutisch team voor vluchtelingen	1266
---	------

OFFICIEEL	1267
-----------------	------



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 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. W. F. Plomp-Düren, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kalofen, secretaresse.

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35,
excl. portokosten (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.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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.

VERPLEEGHUISFUNCTIE IN SAMENHANG MET ANDERE INSTELLINGEN

In Medisch Contact nr. 36/1978, blz. 1097, schrijft collega Welten, dat 'Screening van geriatrie patiënten met dementiële beelden moet geschieden in een niet primair psychiatrisch geconditioneerde omgeving'. De gedachtengang daarbij is, dat een patiënt alleen een psychiatrische aandoening heeft als is bewezen dat hij geen organische aandoening heeft. Ik meen dat hier de psychiatrie tekort wordt gedaan. Een psychiatrische diagnose, in dit geval een dementie (dat is de diagnose waaronder iedere patiënt, ouder dan 65 jaar, wordt gepresenteerd), een endogene depressie, een reactieve depressie, een rouwreactie, een symptomatische psychose of – wat heel veel voorkomt – een geneesmiddelintoxicatie, moet worden gesteld op psychiatrische symptomen en niet per exclusionem. Een psychiatrisch ziekenhuis, waar naast een psychiater, een internist en een psycholoog voortdurend aanwezig zijn, is, mede door de betere psychiatrische scholing van het verplegend personeel, daarvoor beter geschikt dan een verpleeghuis.

Delft, 17 september 1978

C. C. Sluijter

CONSULTATIEBUREAU-ARTSEN

In MC nr. 37/1978 wordt het rapport van de taakgroep Sociale Geneeskunde van LAD/ANVSG besproken. In het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 56 (1978) 573-596 is het rapport als discussienota in zijn geheel gepubliceerd. Op blz. 589 in laatstgenoemd tijdschrift wordt in paragraaf 6-2b ingegaan op de zorg voor zuigelingen en kleuters; in Medisch Contact is deze paragraaf geheel weggelaten.

Ik betreurt dat in hoge mate: juist hier zijn op het ogenblik grote problemen – het is moeilijk deskundige, ervaren artsen als leiders van de consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters aan te trekken en te behouden. Het verloop is groot, voor een belangrijk deel veroorzaakt door de slechte – beter: ontbrekende – rechtspositie van

mij en mijn collegae. De situatie dreigt nog te verslechteren nu sinds 1 januari 1978 veel consultatiebureau-artsen in de 'kring van verzekerden krachtens de sociale verzekeringswetten' zijn opgenomen: van hun honorarium worden de gebruikelijke premies ingehouden, bij arbeidsongeschiktheid door ziekte of werkonderbreking door andere oorzaken zijn zij niet zeker van enige uitkering of verstrekking. De voorwaarden waarop zij werken (overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten, 'fee for service' of free-lance) zijn de redenen voor deze onzekerheid.

Het bureau van de LAD steunt ons bij onze gesprekken met onze werkgevers, de kruisorganisaties, om tot een betere arbeidsovereenkomst te komen. Het zou bijzonder plezierig zijn als Medisch Contact ons kon steunen door in zijn kolommen aan dit deel van de gezondheidszorg aandacht te geven en het er niet buiten te houden: ongeveer 2000 artsen houden zich hier van tijd tot tijd mee bezig, onder hen zijn een paar honderd, meest gehuwde, vrouwelijke artsen die dit werk als part-timer al jarenlang met grote kennis van zaken en toewijding doen. Ik hoop dat de redactie in het bovenstaande aanleiding kan vinden om alsnog de bovengenoemde paragraaf (misschien met een toelichting van de LAD-zijde?) te publiceren.

Bunnik, 16 september 1978

J. Braaksma-de Lint,
lid coördinatiecommissie cb-artsen

Kindermishandeling bestaát. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met dood-zwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld. Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u. Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder.

Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-6311923.

SIRE



'DE ADOLESCENT IN DE GENEESKUNDE'

Een adolescent is iemand die aan het volwassen worden is. Met deze omschrijving leidde F. Wafelbakker, geneeskundig inspecteur voor de jeugdgezondheidszorg, het KNMG-Ledencongres 1978 in Arnhem in. Het wetenschappelijk programma van dat congres droeg als thema: 'De adolescent in de geneeskunde'.

Waar men de grenzen van de adolescentie legt hangt af van het gezichtspunt van waaruit men deze periode bekijkt. Van de biologische kant bezien kan de puberteit, die als eerste fase van de adolescentie kan worden beschouwd, bij meisjes beginnen op hun tiende en bij jonges vanaf het twaalfde jaar. Het bereiken van de volwassen lengte, de biologische afsluiting van de adolescentie, valt voor meisjes en jongens op respectievelijk 17- en 21-jarige leeftijd. Beschouwt men de adolescentie vanuit psychosociaal standpunt, dan liggen de grenzen weer heel anders. Het volwassen worden speelt zich dan af tussen grenzen die moeilijker zijn aan te geven, maar die ongeveer op 14 en 25 jaar kunnen worden gesteld. Sommigen zullen zelfs nooit de bovengrens passeren, hoe oud zij biologisch gesproken ook mogen worden.

Misschien wel het meest kenmerkende van het adolescentietijdperk is de grote variatiebreedte van de aangegeven grenzen: 1½ tot 2 jaar naar beide zijden. De populatie van een doorsnee derde klas van een middelbare school biedt in dit opzicht een boeiend schouwspel; jongens en meisjes die nog nauwelijks aan hun puberteit zijn begonnen buigen zich over dezelfde leerstof als bijna volwassen mannen en vrouwen. Nergens in de ontmoeting tussen arts en patiënt wordt beider relatie wellicht zo duidelijk bepaald door de unieke positie waarin die ene patiënt verkeert, of om het an-

ders te zeggen: het is niet één 15-jarige met wie de arts te maken krijgt, de patiënt kan evengoed een bijna volwassen man of vrouw zijn als nog een kind.

Nu is het merkwaardige, dat in vele zaken die de adolescent betreffen juist meer wordt gekeken naar de geboortedatum dan naar het individu. Het meest sprekende voorbeeld daarvan is het sinds 1905 bestaande artikel 233 van het Burgerlijk Wetboek: 'Minderjarigen zijn zij die de ouderdom van eenentwintig jaren niet hebben bereikt en niet gehuwd zijn of gehuwd zijn geweest.' Eerst in de zeventiger jaren is de handelingsbekwaamheid van minderjarigen op een aantal punten verruimd; zo werd de leeftijdsgrens voor het actief kiesrecht verlaagd van 21 jaar tot 18 jaar. In brede lagen van

*Het is te betreuren
dat de wijze waarop
sommige huisartsen
het beroepsgeheim
hanteren jongeren
wantrouwig maakt*

de samenleving wordt een verlaging van de volwassen leeftijd naar 18 jaar voorgestaan. Eveneens groeit het inzicht dat voor de adolescent een getrappt systeem van volwassenwording toepassing zal moeten vinden, een trapsgewijs volwassen worden dat tot gelding zou moeten worden gebracht door aan de minderjarige telkens bij het bereiken van weer een hogere leeftijd de bekwaamheid te verlenen tot het verrichten van die handelingen waarvoor hij geacht moet worden op die leeftijd de verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Weliswaar wordt hierdoor nog niet volledig recht gedaan aan de grote variatiebreedte in individuele ontwikkeling, maar het is toch een stap in de goede richting vergeleken bij de te hoge

thans geldende grens van 21 jaar. Een van de rechten van de adolescent zou moeten zijn de zelfstandige keuze van medische en/of psychosociale hulp alsook volledige aanspraak op het beroepsgeheim van de arts tegenover de ouders. Nog te vaak blijkt het in de praktijk voor te komen dat jongeren ervaren geen vertrouwen te kunnen hebben in het handhaven van het beroepsgeheim door hun arts jegens hun ouders. Voor velen onder hen is dit een belangrijk motief om zaken als anticonceptie bij voorkeur via een consultatiebureau te laten lopen, ondanks het feit dat voor de meesten van hen de eigen huisarts zonder extra kosten kan worden geraadpleegd. Het is te betreuren dat de wijze waarop sommige huisartsen het beroepsgeheim hanteren jongeren wantrouwig maakt. Immers, juist het beroepsgeheim moet als een hoeksteen in de relatie tussen patiënt en arts worden beschouwd.

Het dilemma voor de arts is duidelijk. Aan de ene kant is er het belang van de adolescent, dat door de arts wel eens anders kan worden beoordeeld dan door de betreffende patiënt. Aan de andere kant zijn er de wettelijke consequenties van zijn handelen. Voor een belangrijke ingreep bij een minderjarige is toestemming van de ouders nodig. Wel dient te worden gewezen op de rechterlijke uitspraak uit het verleden, dat een minderjarige met 'oordeel des onderscheids' zelf kan beslissen over het wel of niet ondergaan van een behandeling, voor het geval de behandeling tegen de zin van de ouders zou worden gegeven maar niet kan worden uitgesteld tot de leeftijd van 21 jaar. Gevraagde hulp bij anticonceptie kan vanzelfsprekend niet worden uitgesteld; de arts moet ervan uitgaan dat deze hulp met 'oordeel des onderscheids' wordt gevraagd en als zodanig dient te worden behandeld.

B.



Gerontologisch onderzoek geïnventariseerd

– Op het ogenblik worden in ons land 71 manuren aan gerontologisch onderzoek besteed. Eén feit, ontleend aan 'Gerontologie: inventarisatie van onderzoek in Nederland 1977', uitgebracht door het Nederlands Instituut voor Gerontologie te Nijmegen. Blijkens deze inventarisatie worden aan gerontologisch onderzoek op het gebied van de gammawetenschappen 30 manuren besteed, op het gebied van de (medische) biologie ruim 23 manuren en op dat van de geneeskunde bijna 19 manuren. Binnen de medische faculteiten wordt welgeteld 0,4% van het voor wetenschappelijk onderzoek beschikbare aantal manuren aan gerontologisch onderzoek vergeven. Bij elkaar 160 onderzoekers zijn bezig met de verouderingsprocessen bij de mens. Wat de (medisch-) biologische gerontologie betreft blijkt er weinig onderzoek te worden gedaan op het terrein van de farmacologie en haast geen onderzoek op het terrein van de genetica. De medische gerontologie laat de sociaalgeneeskundige aspecten vrijwel helemaal liggen. Op basis van de nu gepubliceerde inventarisatie zal een planningsgroep van CRM voorstellen moeten doen voor een gerontologisch onderzoekprogramma.

Ziekteverzuim – Het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde TNO constateerden over het tweede kwartaal van 1978 een ziekteverzuimpercentage voor mannen van 9,2 en voor vrouwen van 11,3. Deze cijfers liggen op dezelfde hoogte als die van de twee voorafgaande jaren (1976 9,0% en 1977 9,1% voor mannen en 1976 11,3% en 1977 11,2% voor vrouwen). De gemiddelde verzuimduur per geval bedroeg 18,5 kalenderdagen voor mannen en 14,4 voor vrouwen. Samen met het hoge verzuim in het eerste kwartaal waarin een griep epidemie viel, resulteert dit over het 1e halfjaar van 1978 in een verzuimpercentage van 10,2 voor mannen en 12,7 voor vrouwen. Ten opzichte van de eerste helft van 1977 betekent dit een stijging van 0,6% voor mannen en 1,0% voor vrouwen, terwijl ook het aantal verzuimgevallen per 100 werknemers toenam en wel voor zowel mannen als voor vrouwen met 12 tot 111 respectievelijk 167. De gemiddelde verzuimduur was iets langer, namelijk 16,9 dagen voor mannen en 13,9 dagen voor vrouwen, wat een verschil te zien geeft van 0,8 respectievelijk 0,7 kalenderdagen per geval.



ANATOMIE VAN HET GEVOEL

Geïnterneerd of internist?

Noud vertelde mij dat de bibliothecaris mij geen veertig jaar ziet worden. 'Wat heeft die jongen een haast,' zou hij tegen Noud gezegd hebben. Dat is natuurlijk onzin. Ik ben een levensgenieter en amuseer mij geweldig tussen al die crep(it)erende patiënten. Het vak spreekt mij trouwens best aan. De witte jassen-maatschappij zit tenminste beter in elkaar dan de maatschappij die wij bij de maatschappijles op de HBS kregen voorgeschoteld. Wie weet ben ik over een jaar of tien internist. 'Van Es, internist in hart en nieren', staat er dan op mijn voordeur, indien deze twee subspecialismen zich laten verenigen. Ik denk, dat ik mij vrij ga vestigen, want het lijkt mij niets een 'geïnterneerde' te worden.

Maar wil ik inderdaad veertig jaar worden, dan moet er één ding geen probleem zijn en dat is de telefoon. Die telefoon maakt mij twintig jaar ouder, bezorgt mij minderwaardigheidscomplexen en kweekt ulcera op mijn maagwand. Dat eeuwige wachten voor de cel. Die drang van binnen om eens autoritair de glazen deur open te smijten en te schreeuwen: 'Is het nou verdomme afgelopen of niet?' . . . En dan die gesprekstoon, die de zenuwen door je oren laat kronkelen . . . Hemel, bespaar mij uw arsenaal met wondertjes, maar geef mij alstublieft dat 'technisch wonder van vernuft': de telefoon. Want zonder telefoon krimpt mijn ziel van ellende, vreten mijn hersens zichzelf op van wroeging en keert mijn hart zichzelf binnenste buiten van ongeduld. Want geduld is mij door de assistenten van de afdeling Schepping – de productiemedewerkers – niet meegegeven. Via de telefoniste mag ik niet 'naar buiten' bellen, dus ik ben aangewezen op de telefooncel vlak voor de hoofdingang, die echter constant bezet is. Wanneer je dan – zoals vanochtend – 'eventjes iemand moet bellen', dan komt het maagzuur je de neusgaten uit.

Terwijl ik aan het ijsberen was bij de hoofdingang, kwam ik opeens tot de ontdekking

dat bij het ziekenhuisrestaurant ook een telefooncel was. En die was vrij. Op zo'n moment stijgt mijn stemming. Ik ga dan lekker lui tegen een van de wanden van de cel leunen om dan eindeloos te gaan lullen. Je moet wel veel kwartjes bij je hebben. Ik gooi ze altijd met de kop van de koningin naar mij toe in het stalen apparaat. De koningin maakt dan altijd de vreemdste buitelingen voordat ze na een tijdje . . . 'Ploem' . . . in het toestel verdwijnt.

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (49)

Sinds kort is er in een nieuw gedeelte van dit ziekenhuis 'air-conditioning'. De lucht wordt dan vanuit de vensterbanken de kamers ingeblazen. Op die vensterbank staan vaak bloemen, waarvan de blaadjes vrolijk heen en weer klapperen. Wanneer je dan zo'n klamme, warme kamer binnenloopt en de patiënten hierover beginnen te klagen, dan zeg je heel nuchter: 'De bloemen hebben toch ook voldoende lucht, kijkt u maar!' De helft van de patiënten gelooft je dan.

Vanavond hebben Frank, Noud en ik een fles witte wijn opengetrokken. Bij het heffen van de glazen had ik nog iets symbolistisch of cryptisch willen zeggen, maar daar heb ik mij van onthouden. Met dat soort dingen moet je niet bij doctorandi in de medicijnen aankomen. Bovendien waren ze uitgeput, zeker Noud, die volgende week een praatje moet houden. Ik ben zelf trouwens ook bekaf.

Alexander van Es



Welkom in Arnhem

De wetenschap dat zo langzamerhand heel wat artsen een gedeelte van hun opleiding hier in Arnhem hebben ontvangen, dankzij de affiliatie-overeenkomst van een van onze ziekenhuizen met de Nijmeegse Universiteit, geeft aan dit woord van welkom een speciale kleur.

Het verschaft mij als stadsbestuurder een extra genoegen u allen, congresgangers, hartelijk welkom te heten.

Graag hoop ik dat naast de ernstige zaken die nu eenmaal bij een dergelijk congres passen, er enige gelegenheid zal overblijven om hetzij oude herinneringen aan korter of langer verblijf in het verleden op te halen, hetzij voor een eerste kennismaking met deze mooie stad aan de Zuid Veluwezoom.

De Burgemeester van Arnhem

Drs. J. A. F. Roelen



‘Arnhem de genoeglykste’

Welkomstwoord door Dr. C. van Gastel, voorzitter afdeling Arnhem en Omstreken

Mijnheer de Commissaris der koningin in de provincie Gelderland,

Mijnheer de Burgemeester van Arnhem,

Mijnheer de vertegenwoordiger van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne,

Mijnheer de voorzitter en mijne heren leden van het hoofdbestuur der KNMG,

Dames en heren genodigden,

Dames en heren congresdeelnemers en allen die door hun aanwezigheid luister bijzetten aan deze officiële opening,

Namens de afdeling Arnhem en Omstreken heet ik U hierbij welkom op het dertigste ledencongres van de KNMG.

Voor ons is het congres een grote gebeurtenis, het is de climax van een intensieve voorbereidingsperiode, waarbij veel van onze leden betrokken zijn geweest. Ik dank hen hartelijk, evenals de personen en instanties van buiten de kring die ons zo welwillend hebben geholpen. Wij hopen dat U dezer dagen veel van onze mensen zult ontmoeten en U zich ervan kunt overtuigen dat deze afdeling springlevend is.

Het thema van het congres is: ‘De adolescent in de geneeskunde’. Het is aan anderen het te belichten. Naar onze mening is dit thema een gelukkige keuze geweest, zoals meer dan eens is gebleken uit gesprekken met derden. Bovendien is het, voorzover wij kunnen nagaan, nog niet voorgekomen dat dit veelomvattende onderwerp op één congres zo veelzijdig en zo diepgaand is behandeld als de komende twee dagen zal gebeuren.

Wie zich in de geschiedenis van de KNMG verdiept, zal niet tevergeefs naar Arnhem zoeken. Want de eerste algemene vergadering van de in 1848 opgerichte ‘Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst’ werd op 22 en 23 oktober 1849 in deze stad gehouden en wel in het hiertegenover gelegen ‘Muis Sacrum’.

Daarna vonden de algemene vergaderingen jaarlijks plaats, steeds in een andere stad.



De 25ste en 50ste vergadering, in 1874 en 1899 dus, echter weer hier.

Wat hield een algemene vergadering toen in? Niet de zakelijke bijeenkomst zoals wij die nu kennen, met een boterham uit het vuistje in de pauze. Neen, het was een vergadering die meerdere dagen duurde, met een wetenschappelijk programma, bezoek aan medische inrichtingen en festiviteiten – kortom, een bijeenkomst zoals de huidige ledencongressen.

We kunnen ons daarvan overtuigen door het programmaboekje van de 50ste algemene vergadering door te bladeren, een kostelijk boekje dat zorgvuldig bewaard wordt door onze afdelingsarchivaris. Daarbij vallen nog twee bijzonderheden op: de omslag diende tevens als diploma voor het volgen van het congres, en de officiële opening vond op zondag plaats.

Nu echter over de ledencongressen. In 1959 waren wij eveneens gastheer. Ik weet dat er onder U verscheidenen zijn die het congres toen hebben bijgewoond en daaraan de beste herinneringen bewaren. Het wetenschappelijk programma had toen geen centraal thema, men zocht het juist in een reeks sterk uiteenlopende voordrachten, waarin alle categorieën artsen iets van hun gading konden vinden. Ook werden enkele belangrijke medische films vertoond. Bijzonder geslaagd was het artsencabaret.

In een van de Arnhemse historische gebouwen – het Duivelshuis – is aan de buitenzijde met grote letters een rijm gegrift, waarin enkele toenmalige Gelderse steden worden vergeleken. Het luidt:

Nieumegen . . . de oudste
Roermond . . . de stoutste
Zutven . . . de Ryckste
Arnhem . . . de genoeglykste

Wij hopen dat in het bijzonder de laatste regel U dezer dagen zal aanspreken.



Congresrede KNMG-voorzitter Ch. J. Maats

De uitoefening van het medisch beroep en het dilemma van de schaarste

Het eenigst bezwaar tegen het algemeen gebruik van dit uitstekend middel in armen-inrichtingen is de groote duurte daarvan. Het kost in Frankrijk acht duizend franken per kilogram (Frs. 8 per gram). en in Amerika van 50 à 75 cents per grein. Doch mag de kostbaarheid een betelsel zijn bij de Philantropie der negentiende eeuw? De eeuw van tentoonstellingen en geneeskundige congressen? Een enkel medemens van de krenking zijner edelste vermogens te genezen en terug te geven aan de Maatschappij, aan de samenleving, aan de diep getroffen families, kringen en dierbare betrekkingen, is eene belooning die te veel zegen en geluk medebrengt, om niet door den plichtsbeseffenden arts met geduld, liefde en geestdrift gezocht te worden.

David Ricardo Capriles, Med. Chir. et Art. Obst. Doctor, Korte mededelingen, bestemd voor de tentoonstelling te Amsterdam (Afdeling Koloniale Geneeskunde), over de toepassing van pilocarpine in het Gesticht voor Krankzinnigen op Curaçao, dat thans niet meer een be-
waarplaats is voor lijders aan
ziekten. Curaçao, januari 1883.

Capriles, zojuist geciteerd¹, gaf in treffende bewoordingen het spanningsveld aan tussen de individuele arts die naar het beste voor zijn patiënt streeft en de mogelijkheden die hun beiden daartoe worden gegund. Dit door Capriles aangeduide dilemma van het individu in ons beroep is vandaag de dag nog steeds actueel. Het is het schaarsteprobleem waarmee wij in onze beroepsuitoefening steeds vaker worden geconfronteerd. Het betreft niet alleen, of in de eerste plaats, de geneesmiddelenverstrekking en/of de



KNMG-voorzitter Ch. J. Maats:
... ander pragmatisme ...

monopolievorming daarbij dan wel de geestelijke gezondheidszorg, maar met name de gezondheidszorg in haar totaliteit en daarmee onze beroepsuitoefening.

Zoals ik reeds heb betoogd tijdens de 172ste Algemene Vergadering der KNMG van 17 maart jl.² is de overheid haar traditionele rol van voorwaardenschepster aan het uitbreiden. Zij wil richting geven bij de bepaling van wat mag en niet mag, en wil daarbij naar mijn mening heel ver gaan. Het is daarom voor ons meer dan ooit van belang stil te blijven staan bij het huishouden van de Staat, de staathuishoudkunde en de economie als zodanig. Wat zal onze houding daarbij zijn? Immers, de realiteit is dat onze beroepsuitoefening object is geworden van conjunctuur- en economische politiek anderszins. In

zijn jaarverslag over 1976 wees de hoofdinspecteur van de Volksgezondheid erop, dat overal en steeds weer de nadruk wordt gelegd op organisatie en beheer³. Het kiezen, het plannen, het structureren en organiseren in de gezondheidszorg worden voor de overheid steeds belangrijker.

Naar mijn persoonlijke overtuiging is het voor ons artsen noodzakelijk het gilde der economen, in het bijzonder in zijn ambtelijke manifestatie, zorgvuldig gade te slaan. In ons weekblad kunnen wij hun discussie over ons, over ons handelen en over het gebruik van de bedden bijna maandelijks volgen. Al ontbreekt hier veelal een simpele uitleg of een bondige voorstelling van zaken in verstaanbare taal⁴, het is goed dat dit gebeurt. Mede door deze polemieken kwam de vraag bij mij op: wat zijn hun spelregels? hebben zij een gedragscode, vergelijkbaar met de onze?

Economie der dokters

Als leek mij hierin verdiepend, kwam ik tot de ontdekking dat het gaat om een uitermate gecompliceerd vraagstuk. Ik meen de conclusie te mogen trekken, dat de vanzelfsprekendheid van het navolgen van aan de wis- en natuurkunde ontleende methoden en denkwijzen ook in de beoefening der economie ter discussie staat. Eenvoudig gesteld, en misschien te sterk gesimplificeerd, gaat het daarbij – in de woorden van Klant – om de keuze tussen de economie der dokters en de economie der ingenieurs. De economie der (economische) dokters kan men



daarbij zien als de kunst/kunde die bestaat uit het deskundig oplossen van beleidsproblemen, op een wijze die doet denken aan het opnemen van een anamnese, het stellen van een diagnose en prognose en het instellen van een therapie. Niet de wis- en natuurkunde maar de geneeskunde zou daarbij het voorbeeld zijn voor de economen⁵. Dit is overigens niets nieuws; herinneren wij ons uit onze middelbare schooltijd dat een van de 'paradigmabouwers' uit de staathuishoudkunde een arts was: François Quesnay, een hofarts van Lodewijk XV⁶; Quesnay poneerde de gedachte dat er een economische kringloop zou bestaan. Overigens staan we daarin als professie niet alleen: ook bijvoorbeeld onder de theologisch geschoolden vindt men belangrijke 'economische' denkers. Hier is geen afbreuk gedaan aan de betekenis der economie. Evenals in ons vak krijgt de economische dokter te maken met problemen die door geen andere discipline gekend noch nader onderzocht worden, en evenals in ons vak bestaat er geen formele regeling voor. Zoals in ons vak bijvoorbeeld de fysiologie, de biochemie en de farmacologie fragmenten van kennis aandragen voor de oplossing van onze problemen, zo zou men de bijdragen van bijvoorbeeld de geografie, de demografie en de psychologie als deeltkennis voor hun probleemoplossing kunnen zien. Dit element ontbreekt in genoemde polemieken. *Niet de vraag of bepaalde statistische methoden wel of niet juist zijn toegepast, maar de vraag of de juiste benaderingswijze en de juiste parameters zijn gekozen komt dan voorop te staan.* Dit opdat de parafrase op de 'homo economicus', in zijn beperkte rationaliteit: 'van alles de prijs kennende maar van niets de waarde', zoveel mogelijk wordt voorkomen en opdat aan de andere kant de schijn der nauwkeurigheid van de rekenwijze der ingenieurs met betrekking tot problemen die ten enenmale veel complexer zijn, vermeden wordt⁷. Misschien zouden wij van een ander pragmatisme dienen uit te gaan

dan ons veelal wordt geëxposeerd.

Planning gezondheidszorg

Zoals gesteld hecht onze overheid voor de besturing van onze sector zeer veel betekenis aan het werk van economen. In de loop der jaren is, voornamelijk in het verlengde van het streven naar kostenbeheersing, in de gezondheidszorg de roep om een planmatige aanpak steeds sterker geworden. Dit uit zich onder meer in een steeds verder uitdijend bestuursapparaat alsmede in een steeds sneller toenemend aantal wetten en voorschriften. Het is verder van belang even stil te staan bij een tweede gilde naast het onze, namelijk dat der planners (op de juristen kom ik later kort terug). Ook hier is de grens niet altijd zuiver te trekken.

Hoevelen van ons zijn niet reeds in dit beroep gegaan? Het is ook mijn eigen tweede stiel. Ook hier zijn divergenties in opvattingen vast te stellen, zoals wij dat bij de economen al zagen. Zo mogelijk is het mechanistische denken hier een nog grotere bedreiging dan bij de economen-niet-planners. Planning voor de gezondheidszorg betreft in de eerste plaats samenwerking tussen mensen, met al hun verlangens, verwachtingen en ambities. Zij heeft betrekking op sociale verbanden. *De reductie van het planningsvraagstuk tot een beddenprobleem, waarbij een bed is geworden tot een ding met vier poten en aan elke poot een prijskaart of een formulier, is een uitermate bedenkelijke zaak.*

Ik zou daarom willen pleiten voor een planning die de nadruk legt op pluriformiteit, diversiteit van menselijke opvattingen en menselijk handelen, het veranderlijke karakter daarvan, en een planning die het streven naar rationeel doelgericht en consistent handelen vooropstelt. Een dergelijke planning voorkomt dat in brede kring, zonder enige kritische beschouwing, onderling strijdige doeleinden worden geaccepteerd⁸. Doeleinden waartoe een steeds minder doorzichtig stelsel van rechtsregels en voorschriften wordt

uitgewerkt; de 4%-norm kan daarvan in zijn uitwerking als een voorbeeld worden beschouwd. In diverse landen, zoals Zweden en Canada, heeft men om gegronde redenen een dergelijke benadering reeds door andere opvattingen vervangen en aangepast, juist onder meer uit efficiency-overwegingen. (De wetenschappelijke grondslagen van genoemde norm zijn overigens moeilijk te achterhalen.)

Indien wij het door Capriles aangeduide dilemma willen blijven oplossen, dan is een andere benadering gewenst. Een benadering die de kern van ons arts-zijn raakt. Het is dan niet de vraag of we de komende jaren ons beddenaantal op 4 op de 1.000 inwoners kunnen houden of zelfs op minder, maar of we voor een ouder wordende bevolking op tijd de beste zorg kunnen en willen blijven verschaffen. Daarbij is niet, en niet in de eerste plaats, de toedeling op grond van bestuurlijke gebiedsindelingen van belang maar bovenal hoe we in de desbetreffende instituten een op kwaliteit en efficiency-verbetering gerichte attitude kunnen aankweken of behouden⁹. We stuiten hier op een bijzonder bestuurlijk probleem, waarop ik later terugkom.

Probleemgebieden

Op ons congres in Leeuwarden zijn de ontwikkelingen en problemen van een vergrijzende bevolking zo treffend toegelicht en uitgebeeld. Het gaat hier niet alleen om meer patiënten, maar ook om meer mogelijkheden voor die patiënten. Ter voorkoming van misverstanden: het gaat hier niet enkel en alleen, of in de eerste plaats, om medische, somatische of psychische problemen. De geriatrische problematiek met haar maatschappelijke dimensie zou wel eens een toetssteen kunnen gaan vormen voor ons functioneren als artsen, te meer daar zij nauw samenhangt met een drietal andere probleemgebieden. Deze zijn:

- de geneeskunde en de groeiende behoefte aan controle;



- de publieke eisen van absolute veiligheid; en
- de vertraagde aanpassing van het normbesef ten aanzien van soms zeer snelle medisch-technologische ontwikkelingen.

Het is ook hier dat het regelen via te veel wetten, Algemene Maatregelen van Bestuur etc. een extra complicatie kan opleveren. Cronkhite formuleerde dit treffend in 'The medical and scientific community and big government': de eerste groep problemen betreft relaties tussen geneeskunde, wetenschap en burgerrechten. Essentieel hierbij is de uitwerking van de inductie van een *dominant vooroordeel*, van de volgende inhoud: 'In de medische en de medisch-wetenschappelijke gemeenschap loopt een aanzienlijk aantal kwaadaardige en onwetende sujetten rond. Mannen en vrouwen, die als men ze niet voortdurend in de gaten houdt alles en iedereen aan hun laars lappen'¹⁰. Deze mening roept een aantal maatregelen op, met de daarbij behorende tegenstellingen, zoals restricties voor klinisch gebonden onderzoek, het idee van 'second opinion' voor electieve chirurgie, 'utilisation review', etc. Zaken die in de VS grote problemen oproepen in de beroepsuitoefening. Terwijl zij veelal op een zeer ideële basis zijn begonnen. Naar mijn mening zijn er in Nederland duidelijke tendenzen tot versnelling van deze ontwikkeling waar te nemen.

Het is goed te zoeken naar de *oorsprong* van deze ontwikkeling. Gaan we voor de afwisseling eens te rade bij de sociologen. Twee, ook voor ons leken gemakkelijk herkenbare oorzaken zijn voor deze ontwikkeling aan te wijzen. De eerste vloeit voort uit onze zelfstandige beroepsuitoefening. Aan de ene kant heeft de geneeskunst zichzelf gepresenteerd als een precieze, alwetende, alles kunnende wetenschap, terwijl aan de andere kant de geneeskunde in haar dagelijkse toepassing in feite – veel meer dan andere ambachten – afhangt van wijsheid, ervaring en vermogen

tot oordelen en zo men wil van magie. Juist de zelfstandige oordeelsvorming, waartoe wij nog altijd uitdrukkelijk worden opgeleid, geeft in deze de meeste problemen. In een technisch georiënteerde maatschappij levert deze oordeelsvorming enorm veel problemen op. In het bijzonder wanneer het gaat om kwesties van leven, dood en kwaliteit van het leven impliceert zij macht en autoriteit, hecht in handen van een elite – een onnipotente, maar in wezen niet exacte discipline¹⁰. Het komt velen voor, dat dit in strijd is met de geest van deze tijd. Men tekent er bezwaar tegen aan of verzet er zich actief tegen. Een tweede maatschappelijk verschijnsel dat – naar Cronkhite – als verklaring van de geschetste ontwikkeling kan worden aangehaald is het gebrek aan vertrouwen dat groepen binnen de maatschappij in het algemeen in elkaar hebben. Wij delen dit met advocaten, pastoors, kruideniers en vele anderen. Voor de eigen dokter gaat dit niet op, althans over hem is men tevreden¹¹. Een eventueel derde punt, de inkomsten, laat ik buiten beschouwing.

Het vermelde vooroordeel tegen artsen en tegen degenen die daarbij als arts wetenschap bedrijven, het beeld van de autonome professie en het wantrouwen van groepen onderling, versterken elkaar. Zij hebben niet alleen maatregelen maar ook een nieuw 'vak' doen ontstaan, dat zich bezighoudt met de *kwaliteitsbeheersing* en de daarbij behorende systemen. Ik meen, dat wij in Nederland op dit punt gelukkig mogen zijn met het Besluit wijziging en normen en algemene voorwaarden voor erkenning ziekenhuizen (17 mei 1978/nr. 105509), directie Verzekering en Kosten Beleid Gezondheidszorg van het departement van Volksgezondheid en milieuhygiëne. In dit besluit is de verantwoordelijkheid voor het gezamenlijk medisch handelen en de kwaliteit daarvan voortreffelijk aangeduid. Wij krijgen er een volwassen rol in toebedeeld. Een soortgelijke regeling voor de 'hospital audit', acht ik een absolute

noodzaak, opdat ook beslissingen in de middelensector – die voor een zeer belangrijk deel medebepalend zijn voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de behandeling – op rationele wijze ter plaatse, in de instituten, kunnen worden getoetst. Hier zullen we planning op het niveau van de instituten meer dan ooit nodig hebben.

Het tweede probleemgebied is dat van de *mythe van de absolute zekerheid*, het risicoloos uitoefenen van het beroep. Een mythe, want het ligt in het wezen van onze beroepsuitoefening besloten dat het maken van fouten nooit kan worden uitgesloten. De beste arts is die arts, die het unieke karakter van ieder van zijn patiënten herkent en ernaar handelt. Dit is een heel belangrijk punt voor de kwaliteitscontrole. Hoezeer wij bij ons handelen ook gebruik maken van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, wij oefenen ons beroep evenzeer uit op basis van ervaring en eigen oordeel – opdat de eindeloze variatie van biologische, sociale en psychologische aspecten van het menselijk individu tot uitdrukking kan komen. Het publieke verlangen naar absolute veiligheid zal, indien het wordt gerealiseerd in strak gereguleerd en geprogrammeerd gedrag en versterking van de interactie mens-machine, in strijd komen met de belangen van de individuele patiënt. De 'law-suit' praktijk is hiervan een dikwijls aangehaald maar daarom niet minder dreigend voorbeeld¹². De hulp van de automatische informatieverwerking, waarbij men veeleer alles vast wil leggen dan dat men steekproefsgewijs te werk wil gaan, is in deze veelal zeer kostbaar. Doelinden die zuinigheid en een zo groot mogelijke bescherming van de persoonlijke levenssfeer inhouden, staan hier haaks op. Ook tegemoetkomen aan het verlangen zich te verzekeren tegen beroepsaansprakelijkheid is voor verscheidene instellingen in de Verenigde Staten niet meer financieel haalbaar.

De derde groep problemen betreft de ontwikkeling van de medische



technologie in relatie met de theologie en ons *waardensysteem*. Het zijn deze problemen die het meest wezenlijk zullen zijn voor onze professie. Enige van de meest controversiële vraagstukken in deze, zowel voor de artsen als voor de wetenschappers onder ons, zijn:

- het recht om waardig, naar eigen keuze te mogen sterven: het euthanasievraagstuk;
- de rechten van kinderen ten opzichte van hun ouders en de rol van de Staat daarbij: denk bijvoorbeeld aan de poliovaccinatie;
- de mogelijkheden tot het vervaardigen van DNA-recombinanten (nu nog primair als een veiligheidsvraagstuk gezien) en het nog verdergaande vooruitzicht op 'genetic engineering'.

Het gaat hier om kwesties die diep ingrijpen in onze geloofsovertuiging of levensbeschouwing. Zij ontleen hun ontstaan aan de mogelijkheden die ons vak door research en ontwikkelingsactiviteiten heeft gekregen. Vanwege diezelfde mogelijkheden staan wij nu voor een van de belangrijkste problemen op het gebied van de geriatrie. De sociale en economische problemen die ontstaan door de mogelijkheid het leven te verlengen hebben eveneens een ethische, levensbeschouwelijke dimensie.

Probleemoplossing: uitdaging of excuus?

Het oplossen van problemen, althans het streven daartoe, kan men enerzijds zien als een uitdaging voor de beleidsvoering en als een noodzaak tot het stimuleren van research en ontwikkelingsactiviteiten in een bepaalde richting en het verwerven van fondsen daartoe. Men kan het anderzijds ook zien als een excuus voor een anti-wetenschappelijke houding, bijvoorbeeld indien men klinisch gebonden research zowel ten behoeve van (of in samenhang met) de

geriatrie als op dat gebied zelf wil afremmen of kappen om tijd te winnen om de lopende problemen op te lossen¹³. Uiteraard kan er ook altijd sprake zijn van een niet uitgesproken economisch beleid. Waar het gaat over tijd winnen blijft de vraag: wiens tijd? De tijd van hen die morgen oud zullen zijn? De tijd van hen die morgen over genoemde problemen zullen beslissen, de adolescenten van nu?

Hier zijn we aangeland bij het thema van vandaag. Ook hier ligt een keuzevraagstuk als door Capriles aangeduid. Wij moeten ook kiezen voor hen die na ons komen. Deze keuze zal bepalend zijn voor de mate waarin wij erin zullen slagen onze kinderen tot volwassenen op te voeden, hen te scholen en op te leiden, hen te leren zich verder te ontwikkelen. De gezonde en/of genezen adolescent moet ook na deze levensfase een toekomst hebben. Het betreft hier een kwaliteitsvraagstuk dat de kern van ons handelen als arts raakt. De kwaliteitsverbetering van onze beroepsuitoefening zal mede afhankelijk zijn van de mogelijkheden die de wetenschappers onder ons zullen blijven krijgen.

Economen, en een enkele maal een jurist, zullen hierin mede de hand hebben. Ik citeer Piekaar, die als 13e stelling in zijn 'Ontwikkeling en toekomst van het wetenschapsbeleid' Lenz citeert: 'Die Finanzminister sind unser Schicksal. Hoffen wir dasz sie nicht unser Verhängnis werden'¹⁴. Het is echter niet alleen en in de eerste plaats een politieke keuze van een minister, maar een stellingname van ons allen; in de formulering van De Somer: 'Er is evenwel de waarde van elk menselijk leven afzonderlijk beschouwd, en de hoop en verwachting van elk individu. Er is nog steeds die onvervreembare plicht van de medicus om iedere individuele patiënt alles te bezorgen wat wetenschap en techniek hem ter beschikking stellen.' En De Somer vervolgt: 'In dit verband sluit ik mij volledig aan bij het volgende citaat van de hartchirurg E. de Bakey: 'Ik weet waarachtig niet wat voldoende technologie in werkelijkheid betekent.

Ik kan alleen zeggen dat wanneer wij omgaan met patiënten en met de familie van patiënten, hun antwoord op een dergelijke vraag ondubbelzinnig is: zoveel technologie als nodig is om de persoon van wie men houdt een normaal leven terug te bezorgen.' Dat is ook ongeveer het enige antwoord dat ik zelf kan geven. Dit komt erop neer, dat men geen beroep moet doen op de medici om bestaande technologische ontwikkelingen in hun gebruik te beperken, tenminste indien deze technische middelen nuttige gegevens kunnen bezorgen voor de diagnose of gunstig zijn voor de therapie. Nog minder kan of mag men het wetenschappelijk onderzoek afremmen dat erop is gericht de geneeskunde een nog betere technologie ter beschikking te stellen.¹⁵

Structureren

Mij rest in dit geheel nog één punt aan te stippen, dat van de structureren. Daarbij denk ik in de eerste plaats aan de wijze waarop macht en bemoeienis worden toebedeeld. Hoe is en wordt er geregeld wat we mogen en niet mogen, en vooral wat we moeten? Het denken hierover wordt evenzeer door keuzemodellen bepaald. Ik wil in dit verband wijzen op het rapport van de LSV-taakgroep relatie bestuur, directie en medische staf¹⁶, dat hierover behartigenswaardige zaken zegt. In datzelfde rapport worden op heldere wijze de relaties tussen kwaliteitsbewaking en 'hospital audit' en de organisator aangegeven. Een van de meest gecompliceerde structuurproblemen die momenteel opduiken is dat van wat met de term 'regionalisatie' wordt aangeduid. Hier komt de complexiteit van de geneeskunde in haar verschillende organisatievormen naar voren. Zoals Schuyt het formuleerde op een Boerhaave-cursus: een ziekenhuis van 500 bedden is al moeilijker te besturen dan een fabriek met 3.000 werknemers¹⁷. Dit fenomeen heeft consequenties op het institutionele niveau, d.w.z. voor regelingen tussen



ziekenhuizen. Is het al moeilijk binnen de instellingen de communicatie over het vak aan de orde te stellen en informatie daaruit in bestuurlijk handelen om te zetten, tussen instellingen is dit des te moeilijker. Bij elke schakel in de keten staflid-staf-directie-bestuur-federatief bestuur-Provinciale Raad-Gedeputeerde Staten treedt meestal een zodanige reductie in de informatie op, dat het probleem uiteindelijk gedenatureerd en verknipt op tafel komt. Het is spijtig te moeten constateren dat in een aantal gevallen geschillen over grenzen en territoria meer het overleg bepalen dan de zorg. Dit is een logisch gevolg van de nadruk die bij de beleidsvoering wordt gelegd op de regionalisatie c.q. gebiedsindeling, in plaats van op de zorg, haar kwaliteit en haar toegankelijkheid. Een dergelijke territoriumstrijd verbindt ons in ethologisch opzicht met het stekelbaarsje. Overigens gaat het hier om een verschijnsel dat genoegzaam bekend is uit de bedrijfshuishoudkunde, als uiting van pseudo-conflictoplossing en het vermijden van onzekerheid¹⁸. In zijn oratie 'De organisatie van organisaties' uit Van Gils zijn twijfel, of de overheid zich in deze wel altijd van de juiste middelen bedient¹⁹. Mijn persoonlijke overtuiging is, dat wij een beroep moeten doen op de wetgever en de hem ondersteunende juristen, wier roeping en ambacht het is ordenend en verordenend op te treden. Zij moeten in een aan complexe en ingrijpende veranderingen onderhevige sector als de onze een vérgaande of nog verder gaande detaillering in wettelijke regels en bestuursmaatregelen en -voorschriften vermijden. Opdat wij als professie niet worden gedwongen onze humane grondslagen te verlaten, of worden uitgelokt tot ongehoorzaamheid dan wel – in het ergste geval – corruptie²⁰.

Een toekomst die onvoldoende mogelijkheden biedt om de huidige wetten uit te werken en uit te voeren, een toekomst welke wanorde, chaos en wildgroei brengt, biedt het

voorzicht van een uitholling van de democratie, van de rechten van het individu. Kind, adolescent, volwassene en bejaarde hebben gelijke rechten op een zo goed mogelijke behandeling, op een menselijke bejegening en op een menswaardig sterven. Om die reden wordt een deel van de problemen van onze patiënten in Houston, Londen en Genève opgelost.

Ten einde als professie zin en inhoud aan de beroepsuitoefening te kunnen blijven geven, is het noodzakelijk te blijven streven naar het oplossen van het door Capriles aangeduide dilemma. Dat is bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen geen sinecure. Daarvoor is een waarlijk wetenschappelijke, dus kritische, instelling noodzakelijk. Dit geldt niet alleen voor de beroepsuitoefening, maar ook voor het besturen, het plannen en het huishouden in de gezondheidszorg. Daarom zal onze houding zowel ten opzichte van die ziekenhuizen en instituten waar onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten plaatsvinden als ten opzichte van de personen die daarmee bezig zijn, van doorslaggevende betekenis zijn voor de kwaliteit van ons werk en daarmee voor de gezondheidszorg. 'Research is a lifeline of medicine', schreef Arthur Kornberg²¹, en hij heeft gelijk (en dat kon ook wel eens slaan op de economie en de sociologie). Met de wens dat dit ook deze dagen zal blijken verklaar ik dit congres voor geopend.

Literatuur

1. Dr. G. E. van Zanen, David Ricardo Capriles, Student Geneesheer Schrijver, Curaçao 1837-1902. Assen, 1969, p. 125 e.v.
2. Ch. J. Maats, Rede 172ste Algemene Vergadering der KNMG (1978). Medisch Contact nr. 14/1978, p. 425 e.v.
3. Jaarverslag 1976 Geneeskundig Hoofdinspecteur Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Verslagen Adviezen Rapporten 46). Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Den Haag, 1977, p. 2.

4. Dr. H. W. A. Sanders, Veranderend oordeel over geneeskunde en medische professie; kritiek en reactie (1977). Medisch Contact nr. 40/1977, p. 1247 (analogie).
5. Dr. J. J. Klant, Spelregels voor economen. Leiden, 1972, p. 169 e.v.
6. Emile James, Histoire sommaire de la Pensée Economique (3e éd.). Ed. Monchiestien, Paris, 1965, p. 65 e.v.
7. Norbert Wiener, God mens en machine Universitaire Pers Rotterdam, 1966, p. 113 e.v.
8. Henrik L. Blum, Planning for Health; Development and Application of Social Change Theory. Human Sciences Press, New York, 1974, p. 70.
9. L. P. de Jong (1976), De doelmatigheid van de gezondheidsdienstverlening, internationaal gezien (boekbespreking). Het Ziekenhuis, jrg. 6 nr. 1, p. 22.
10. Leonard W. Cronkhite Jr., M.D., The Medical and Scientific Community and Big Government (Chairman's Address). Journal of Medical Education, Vol. 52, January 1977, p. 19 e.v.
11. Dr. Ewout Th. Cassee, Naar de dokter. Boom, Meppel, 1973.
12. David G. Rubsamen, Medical Malpractice. Scientific August 1976, Vol 235 Nr. 2, p. 18 e.v.
13. Robert N. Butler, Why survive?; Being old in America. New York, 1971, p. 356 – The Gift of Life.
14. Dr. A. J. Piekaar, Ontwikkeling en toekomst van het wetenschapsbeleid. Universiteit en Hogeschool, jrg. 23 nr. 4, p. 196 e.v.
15. P. De Somer, Beheersing van de Medische Technologie; Visie van de Medicus. Acta Hospitalia, Vol. XVII Nr. 4, Winter 1977, p. 330 e.v.
16. Rapport van de taakgroep relatie Bestuur, Directie en Medische Staf. LSV, Utrecht, 1976.
17. C. J. M. Schuyt, Professional autonomy and social change (voordracht Boerhaave-cursus 'Regionalisatie'). Leiden, 26 november 1976.
18. Richard M. Cyert & James G. March, A Behavioural Theory of the Firm. New Jersey, 1965.
19. Dr. M. R. van Gils, De Organisatie van organisaties; aspecten van interorganisatiele samenwerking (rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar aan de RU te Groningen). Groningen, 18 oktober 1977.
20. Alvin Toffler, The Future of Law Order. Encounter.
21. Arthur Kornberg, Research the lifeline of Medicine (special article). New England Journal of Medicine, May 27, 1976.

Wetenschappelijk programma

donderdag 5 oktober

ochtend

– Opening met officiële genodigden

– De top-twintig van de adolescent, F. Wafelbakker, arts, inspecteur Volksgezondheid

middag

sectie 1 – Groei en ontwikkeling

voorzitter Dr. P. M. V. van Wieringen, kinderarts

lezingen:

De te kleine adolescent, Prof. Dr. G. B. A. Stoelenga, kinderarts

Beperking lengtegroei bij meisjes, Prof. Dr. H. K. A. Visser, kinderarts

(Discussie)

Menstruatiestoornissen, Dr. R. Rolland, gynaecoloog

Adolescent en vitium cordis, Dr. H. J. Busch, kindercardioloog

(Discussie)

sectie 2 – Omgevingsinvloeden op de adolescent

voorzitter Dr. J. J. Kolk, bedrijfsarts

lezingen:

Adolescent en gezin, Dr. G. Mik, jeugdpsychiater

Vorming in het vrijetijds milieu, Drs. G. C. de Haas, docent jeugdkunde

(Discussie)

Adolescenten in het bedrijf, Dr. H. W. A. Nijenhuis, bedrijfsarts

Vrije tijdsbesteding en werkloosheid, R. E. de Vringer, medewerker ministerie van CRM

(Discussie)

sectie 3 – Verslaafd gedrag

voorzitter Th. M. G. van Berkestijn, arts

lezingen:

Farmacologische aspecten van verslaving, Drs. J. C. Kutsch Lojenga, apotheker

De lichamelijke gevolgen van druggebruik, Dr. K. H. Brandt, internist

(Discussie)

Opvang en therapie van jeugdige verslaafden, Drs. W. M. Lange, psycholoog

De reactie van de maatschappij op druggebruik, Mr. F. E. Frenkel, medewerker afdeling strafrecht Erasmus Universiteit

vrijdag 6 oktober

ochtend

sectie 4 – Ongeestelijke aandoeningen

voorzitter Dr. P. M. V. van Wieringen, kinderarts

lezingen:

Maligne aandoeningen in de adolescentenleeftijd, R. Somers, internist, en H. Behrendt, kinderarts

Adolescenten met een maligne aandoening, Dr. F. S. A. M. van Dam, psycholoog, en Drs. B. F. Last, psycholoog

(Discussie)

Dove adolescenten, J. van Eijndhoven, directeur Instituut voor Doven

Neuromusculaire ziekten in de adolescentie, Dr. G. Schouwink, neuroloog

(Discussie)

sectie 5 – Stofwisseling

voorzitter Dr. A. E. Meinders, internist

lezingen:

De vooruitzichten van de diabetische adolescent, Dr. V. Cejka, internist/endocrinoloog

De adolescent en diabetes mellitus, Dr. J. L. Touber, internist/endocrinoloog

(Discussie)

Adipositas, Dr. W. D. Reitsma, internist/endocrinoloog

Anorexia nervosa: verstoorde endocriene regulatie, Dr. H. M. J. Krans,

internist/endocrinoloog

(Discussie)

sectie 6 – Psychosociale problemen

voorzitter W. Boissevain, arts

lezingen:

Relaties en seksualiteit van jongeren, Dr. Mr. C. J. Straver, socioloog

Adolescent, sex en arts, J. J. Drenth, arts, Rutgershuis Groningen

(Discussie)

Adolescentencriminaliteit, politie en arts, Mr. D. B. Mensing van Charante en Drs. J. M. T. E. Toebosch, criminoloog

(Discussie)

Samenvatting: Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?, Dr. A. E. Meinders, internist.

middag

vertrek per bus naar:

Instelling

Papendal

Johanna Stichting

Bio

Heldring Stichtingen, (Zetten)

Dr. Leo Kannerhuis (Oosterbeek)

Organisator

L. P. Heere, sportarts

A. Klapwijk, revalidatie-arts

F. B. Venema, revalidatiearts

H. O. Th. Finkensieper, jeugdpsychiater

A. H. Hoogveld, orthopaedagoog

Onderwerp

Sportgeneeskunde

Revalidatie

Revalidatie

Jeugdpsychiatrie

Autisme



De adolescent in de geneeskunde

Introductie

Bij het vaststellen van een onderwerp voor het jaarlijks congres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst dient een zekere garantie te bestaan dat dit onderwerp de belangstelling kan opwekken bij vele Nederlandse artsen van verschillende 'pluimage'. Het wel en wee van de adolescent lijkt aan deze voorwaarde te voldoen. Het boeiende daarbij is dat de 'normale' adolescent in allerlei opzichten zo'n grote variatiebreedte toont, dat een goed inzicht hierin nodig is ten einde de grenzen tussen normaal en pathologie te onderkennen.

Eén van de problemen doet zich reeds voor bij het vaststellen van de leeftijdsgrenzen voor een adolescent. Als begin van de adolescentie zal veelal het begin van de puberteit worden gehanteerd (gemiddeld \pm 11-13 jaar) en als einde het bereiken van de volwassen lengte met de fysieke kenmerken van een volwassen vrouw respectievelijk man (gemiddeld \pm 17-20 jaar). De psychische en sociale ontwikkelingen lopen echter niet altijd parallel met deze somatische criteria, waardoor begin- en eindpunt vóór verschillende disciplines voor één en dezelfde persoon op een verschillend tijdstip zullen worden aangegeven.

De veranderingen die zich in lichaam en geest van de adolescent afspelen zijn van een zodanige dimensie dat men het wonderbaarlijk kan noemen, dat bij de meeste adolescenten deze woelige fase eindigt in een volwassen,

door **Dr. A. E. Meinders, internist**



Dr. A. E. Meinders fungeert als voorzitter van de wetenschappelijke commissie van het KNMG-ledencongres in Arnhem. Hij dankt zijn collegae Th. M. G. van Berkestijn, W. Boissevain, Dr. C. J. Jonkman, Dr. J. J. Kolk en Dr. P. M. V. van Wieringen, die mede de wetenschappelijke commissie vormen ter voorbereiding van dit congres, voor hun kritische hulp bij het schrijven van deze inleiding.

somatisch en psychisch goed 'uitgeruste' persoonlijkheid. In psychologisch opzicht is vooral kenmerkend de stormachtige ik-ontwikkeling en snelle groei van het persoonsbewustzijn, die naast een nog grote afhankelijkheid ook een grote behoefte aan zelfstandigheid en protest met zich meebrengen. Als arts zal men zowel met hun onaangepastheid en onzekerheid als met hun originaliteit te maken hebben. In lichamelijk opzicht wordt de grote variatiebreedte geïllustreerd door de grote verschillen in groeisnelheid en uiteindelijke lichaamslengte. De angst

van een adolescent en zijn directe omgeving voor een uiteindelijk te grote of te kleine lichaamslengte zal veelal weggelaten kunnen worden. Er resteert echter een kleine groep personen bij wie abnormale lengtegroei (te lang of te kort) zal optreden en bij wie naast psychische ook somatische en sociale problemen te verwachten zijn.

Het onderkennen van deze jongeren, het vaststellen van de pathofysiologie en de eventuele (hormonale) therapeutische consequenties kunnen een voorbeeld genoemd worden van 'adolescentengeneeskunde'. Immers het probleem manifesteert zich veelal in de adolescentenleeftijd en de behandeling speelt zich grotendeels in deze fase af. Bij geheel of gedeeltelijk falen van de therapie – objectief of subjectief – betreft de adolescent echter de groep der volwassenen met een slechts gedeeltelijk opgelost probleem, dat in de toekomst nog vele psychische en praktische consequenties kan hebben.

Somatisch gezien minder specifiek voor deze leeftijd is het optreden van extreem ondergewicht (anorexia nervosa) of overgewicht (adipositas). De pathofysiologische mechanismen vertonen immers overeenkomsten met de identieke afwijkingen optredend in andere leeftijdsgroepen. Echter, de psychopathologie is waarschijnlijk in grote mate wel uniek voor de adolescent en vereist een specifieke belangstelling en kennis.

Het belang van het onderkennen van abnormaal en normaal doet zich ook



voor bij de seksuele rijping van de adolescent. Hier zal eveneens in het overgrote deel van de gesignaleerde problemen slechts een variatie van het normale bestaan. Dit geldt zowel voor somatische aspecten, zoals beharingspatroon, mamma-ontwikkeling, menstruatieproblemen, voorbijgaande gynaecomastie bij jongens, alsook voor psychische aspecten, zoals bijvoorbeeld problemen bij masturbatie en voorbijgaande homoseksuele tendenzen. Een gegronde kennis van de normale variaties maakt het mogelijk deviaties met verder dan de adolescenten leeftijd reikende consequenties te herkennen en te behandelen. Vooral hier kunnen sociale verschillen en (wederzijdse) morele vooroordelen van adolescent en medicus de beoordeling vertroebelen. Bij aandoeningen die reeds op de kinderleeftijd zijn ontstaan en waarbij een voldoende lange levensverwachting bestaat, zal de behandeling en begeleiding moeten worden gecontinueerd tijdens de adolescentenleeftijd. Men denke bijvoorbeeld aan (operatief gecorrigeerde) congenitale hartgebreken, doofheid, blindheid, neuromusculaire aandoeningen en epilepsie. Op zich betreft het hier hetzelfde ziektebeeld als tijdens de kinderleeftijd en straks ook tijdens de volwassenenleeftijd. De specifieke somatische, psychische en sociale ontwikkeling van de adolescent, die met zijn handicap een zo volwaardig mogelijk volwassene moet worden, vereist echter een gerichte aanpassing van begeleiding en therapie tijdens deze levensfase.

Een andere situatie bestaat bijvoorbeeld voor diabetes mellitus. Deze ziekte zal vaak juist tijdens de adolescentie ontstaan en brengt het onheilspellende dreigement met zich mede ongeneeslijk te zijn. Talloze beperkingen (impotentie, werkeloosheid, blindheid, enz.) liggen in het nabije en verre verschiet. Het spreekt voor zich dat hier speciale belangstelling voor en kennis van adolescentie vereist is, teneinde een

optimale begeleiding van de patiënt in deze eerste fase van zijn diabetische leven te kunnen bieden. Daarnaast komt dan nog het aspect dat optimaal reguleren van de suikerstofwisseling van een diabetische adolescent volgens de huidige inzichten latere complicaties mogelijk zou kunnen voorkomen. Deze optimale instelling is echter juist gedurende de adolescentie buitengewoon moeilijk. Hoewel betrekkelijk zeldzaam, komen maligne aandoeningen eveneens voor op de leeftijd van de adolescent. De wetenschap een kwaadaardige aandoening te hebben en de agressieve therapie, die soms zeer mutilerend kan zijn (amputatie van een ledemaat, combinatie chemotherapie) zullen niet nalaten hun deprimerende werking op de persoon en zijn omgeving uit te oefenen, waarbij de juist schoorvoetend gemaakte eerste toekomstplannen en verwachtingen wel zeer wreed worden verstoord. Ook in deze situatie zal de oncologische benadering niet principieel anders zijn dan op de kinder- en volwassenenleeftijd. Maar zelfs de zich volgens de huidige maatstaven normaal ontwikkelende adolescent wordt bedreigd door gevaren voor zijn lichamelijke en psychische gezondheid. Te denken valt met name aan (te) intensieve sportbeoefening, bromfietsongevallen, drugs en alcohol, jeugdcriminaliteit e.a. Ook kunnen anticonceptie en ongewenste zwangerschap de adolescent op het pad van de medicus brengen. Uit het tot nu toe geschrevene moge naar voren komen dat de medicus bij de adolescent niet zozeer specifiek aan de leeftijd gebonden pathologie zal ontmoeten, maar veel meer een algemene pathologie met voor die leeftijd specifieke facetten, vaak nog van niet medische aard. Het is daarom noodzakelijk te beschikken over inzicht in de krachten en factoren die het leven van de adolescent bepalen. Vorming en relaties binnen het gezin, de schoolgemeenschap en later de werkgemeenschap en het karakter van

de vrijetijdsbesteding spelen hierbij een grote rol. Het is daarom van belang dat artsen die zich bezig houden met 'zieke' adolescenten op de hoogte zijn van inzichten uit andere, niet-medische disciplines en van de welzijnszorg voor adolescenten. Van doorslaggevend belang bij dit alles is de relatie tussen de medicus en de adolescent-patiënt. Het karakteristieke protest van de adolescent tegen autoriteiten en de generatiekloof met een soms wederzijds wantrouwen en onbegrip maken deze relatie a priori problematisch. Een specifiek probleem vormt daarbij nog het spanningsveld dat kan ontstaan in de driehoek arts-adolescent-ouders. Het hanteren van het beroepsgeheim en de zelfstandigheid van de juridisch minderjarige adolescent kunnen de medicus voor grote problemen plaatsen.

Eindigen wij tenslotte met enkele opmerkingen omtrent een eventuele opzet voor de curatieve geneeskunde voor de adolescent. Het moge duidelijk zijn geworden dat isolatie van deze leeftijdsgroep door het scheppen van een nieuw specialisme uit den boze zal zijn. Immers, de overgang van de kinderleeftijd via de adolescentie naar de volwassenenleeftijd met de vele gemeenschappelijke of langzaam in elkaar overgaande fysiologische en pathofysiologische mechanismen maakt het noodzakelijk dat breed georiënteerde 'generalisten' de basis vormen voor de eerste opvang van de zieke adolescent.

Deze 'generalisten' dienen zich uiteraard de kennis omtrent het voorkomen en het beloop van aandoeningen tijdens de adolescentie eigen te maken, maar met het volledige behoud van hun positie binnen hun oorspronkelijk moederspecialisme. Uitgegaan zou kunnen worden van een huisarts, kinderarts en een internist die op hun beurt andere specialisten en subspecialisten of niet-medici inschakelen bij de behandeling van specifieke aandoeningen en problemen. Voor de



kinderarts is van belang dat de resultaten van het vaak vroeger ingezette beleid zijn te zien, terwijl de internist wordt ingeschakeld op een vroeg moment van de ziekte en reeds in deze fase kan medebeslissen over een beleid waarvan hij de resultaten op oudere leeftijd kent of zal leren kennen.

Een citaat uit hetgeen J. Roswell Gallagher schreef in 1965 geeft het bovengescrevene nog pregnanter weer: 'First, I would like to emphasize that I hope and pray that our efforts

here, and those efforts of people elsewhere who have shown a special interest in this age group, will not spawn another speciality. I cannot imagine anything that would be more disastrous, both to these young people and to medicine than to isolate the care of these young people from that of little tots, adults and the elderly. Should that happen we will miss many extra-ordinary opportunities for progress. This age group is rife with aspects of human development, health and disease, which must not be isolated from these

young peoples past or from their futures'.

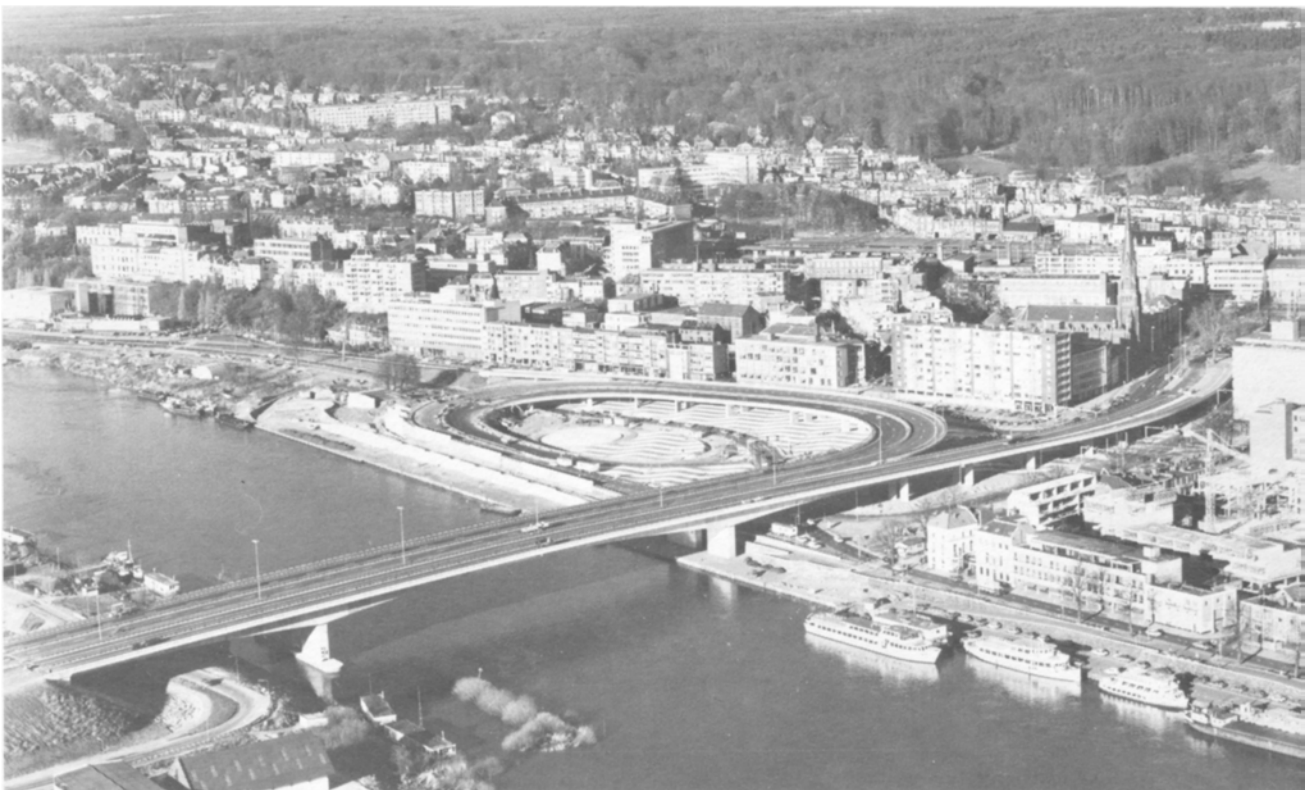
Literatuur

Roswell Gallagher, J. (1965). In: Medical care of the adolescent, Med. Clin. N. America 49: 303.

Roswell Gallagher, J., F. P. Heald and D. C. Garell (1976). Medical care of the adolescent. Book 3^o edition, Appleton Century - Crafts, New York.

Symposium on adolescent medicine. Ped. Clin. N. America vol. 20: no. 4: 1973.

Arnhem, KNMG-congresstad 1978





Wetenschappelijke commissie KNMG-congres

‘De adolescent in de geneeskunde’

De voorzitter van deze wetenschappelijke commissie, Dr. A. E. Meinders is vanaf 1974 als internist verbonden aan het Gemeente Ziekenhuis Arnhem.



Th. M. G. van Berkestijn, arts, is directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Gelderland en betrokken bij het opzetten van de hulpverlening aan verslaafden.



W. Boissevain is huisarts te Velp en sinds vijftien jaar verbonden aan de Rutgers Stichting voor anticonceptie, voorlichting en sexuologie. Hij is bestuurslid van Stimezo Nederland.



Dr. C. J. Jonkman is verzekeringsgeneeskundige; hij vervult diverse bestuursfuncties, onder andere ondervoorzitter van de Afdeling Arnhem en Omstreken van de KNMG.



Dr. J. J. Kolk is als toxicologisch adviseur verbonden aan Akzo te Arnhem. Hij is sinds 1962 geregistreerd als bedrijfsarts.



Dr. P. M. V. van Wieringen is sinds 1975 als kinderarts verbonden aan het Irene Kinderziekenhuis (Gemeente Ziekenhuis) te Arnhem.





De heer F. Wafelbakker, arts, deed op het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde onderzoek naar biologische ontwikkeling in de adolescentie, arbeidsvermogen van jongeren, rookgewoonten en hygiënisch gedrag. Behalve over deze gebieden publiceerde hij over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, over seksuele minderheden en over ongevallen. Hij werkt sinds tien jaar als geneeskundig inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg in Leidschendam.

De top-twintig van de adolescent

door *F. Wafelbakker*

De adolescentie dient volgens de heer Wafelbakker zowel biologisch als psycho-sociaal gedefinieerd te worden. Een aantal lichamelijke, psychische, maatschappelijke en hulpverleningsaspecten van de adolescentie vat hij in twintig clusters samen. Hij uit kritiek ten aanzien van toenemende bewegingsarmoede, onvoldoende doorlichten van risico-nemend gedrag als een stimulerende prikkel in de adolescentie, het jaarlijks examenritueel en het achterblijven van seksuele en relationele voorlichting. Aanbevelingen worden door hem gedaan ten aanzien van verlaging meerderjarigheid, aanpassing overheids-subsidiebeleid voor adolescentenzorg, aanpakken van jeugdwerkloosheid en jongerenhuisvesting, en regelmatig onderzoek naar gebruik van genot- en geneesmiddelen.

SECTIE 1 – GROEI EN ONTWIKKELING

Voorzitter: *Dr. P. M. V. van Wieringen*, kinderarts

De te kleine adolescent

door *Prof. Dr. G. B. A. Stoelinga*

Een te geringe lichaamslengte is voor veel adolescenten een bron van zorg en kan een reden zijn om medische hulp te zoeken. Bij de differentiaal diagnose moet men denken aan botafwijkingen (achondroplasie), chronische orgaanafwijkingen, inborn errors of metabolism, endocriene stoornissen (hypothyreoïdie) late puberteitsontwikkeling en chromosomale afwijkingen. Vooral jongens die laat in de puberteit komen en bovendien niet erg groot zullen worden maken zich vaak zorgen om hun lichamelijke ontwikkeling. Besproken wordt de achtergrond van dit beeld, de diagnostiek en de benadering van de zich laat ontwikkelende adolescent.

Daarnaast presenteren zich soms meisjes met een korte gedrongen lichaamsbouw, zij hebben het chromosomenpatroon dat past bij het syndroom van Turner. Dit syndroom wordt kort besproken.



Prof. Dr. G. B. A. Stoelinga is sinds 1974 hoogleraar kindergeneeskunde aan de medische faculteit van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Hij is belast met taken inzake onderwijs, onderzoek en beheer van het instituut, daarnaast speciaal met het deelspecialisme endocrinologie/groei en ontwikkeling. Hij is lid van het Directoraat Klinieken Radboudziekenhuis te Nijmegen en secretaris van de Groeistichting.



Beperking lengtegroei bij meisjes

door *Prof. Dr. H. K. A. Visser*

Beperking van de uiteindelijke lengte bij lange meisjes met behulp van oestrogene hormonen

Een grote lengte kan voor vele meisjes een ernstige psychische belasting betekenen. In zulke gevallen kan een behandeling met oestrogene hormonen geïndiceerd zijn. De behandeling bestaat uit dagelijkse toediening van ethinyloestradiol (lynoral), tabletten van 0.050 mgr., in opklimmende dosis tot 4 tabletten per dag. Gedurende de eerste 5 dagen van de kalendermaand wordt medroxyprogesteronacetaat (provera), 10 mgr. per dag, toegediend teneinde de menstruele bloeding op te wekken. De behandeling duurt gemiddeld 2 jaren.

Zelf bepalen wij de skeletleeftijd met behulp van de handfoto volgens de atlas van Greulich en Pyle. Voorspellingen van de uiteindelijke lengte worden berekend met behulp van de tabellen van Bayley en Pinneau. Door het geven van oestrogeen hormoon in een hoeveelheid welke 4 à 6 maal de substitutiedosis bedraagt, wordt de skeletrijping ten opzichte van de lengtegroei versneld. De epifysairlijnen sluiten alvorens de normaal te verwachten uiteindelijke lengte is bereikt.

Het effect op de lengtegroei lijkt afhankelijk te zijn van de fase waarin het individuele groeiproses verkeert. Wanneer het kind in de beginfase van de groeispurt is, wordt de lengtegroei aanvankelijk versneld, daarna vertraagd. Is het kind in de eindfase van de groeispurt, dan wordt de lengtegroei vertraagd. De uiteindelijke definitieve lengte wordt in wisselende mate verminderd, afhankelijk van onder andere het begin en de duur van de behandeling. Hoe vroeger het meisje in de puberteitsontwikkeling is (en hoe lager de skeletleeftijd) hoe meer effect van de behandeling wordt bereikt.

Aan het gebruik van deze doses oestrogeen hormoon gedurende een periode van ongeveer 2 jaar zijn potentiële bezwaren verbonden. Na het staken van de therapie treedt in het algemeen binnen enkele maanden een regelmatige cyclus op. Wat betreft de fertiliteit zijn thans in een aantal buitenlandse centra enkele normaal beëindigde zwangerschappen bij behandelde vrouwen medegedeeld. Er zijn geen aanwijzingen dat op lange termijn het risico voor maligne aandoeningen (zoals endometriumcarcinoom, mammacarcinoom) toeneemt.

Voor- en nadelen van de behandeling dienen zorgvuldig met de ouders en het meisje te worden besproken. De taak van de arts in deze is naar onze mening meer het geven van informatie dan het geven van advies. De begeleiding van de behandeling kan het beste gebeuren door kinderartsen die ervaring hebben met groeiproblemen en kennis hebben van de endocrinologie van de kinderteeltijd en adolescentie.



Prof. Dr. H. K. A. Visser is hoogleraar kindergeneeskunde aan de medische faculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Hij is hoofd van de Afdeling Kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis en de Zuigelingenkliniek.

Menstruatiestoornissen

door *Dr. R. Rolland*

Menstruatiestoornissen bij de jonge vrouw berusten meestal op afwijkingen in de tractus genitalis, het onvoldoende of geheel niet aangelegd zijn van follikels in de ovaria of het niet goed functioneren van de noodzakelijke regulatiemechanismen tussen hypothalamus, hypofyse en ovarium.

Gedurende de puberteit treden hypothalamische veranderingen op waardoor een ovulatoire cyclus mogelijk wordt. De eerste cycli zijn vaak anovulatoir en onregelmatig en derhalve overvloedig. In geval van pubertas praecox dienen organische afwijkingen uitgesloten te worden voordat eventuele hormonale therapie wordt toegepast. Blijft de menarche uit, dienen met name afvloedsbelemmeringen en het al of niet aangelegd zijn van het ovarium te worden uitgezocht. Naast fysisch diagnostisch onderzoek is het bepalen van de FSH-concentratie onder deze omstandigheden van belang.

Secundaire amenorrhoe komt frequent voor bij de oudere adolescent en berust meestal op een onvoldoende hypothalamische stimulatie van de hypofyse voor wat betreft de productie en afgifte van gonadotrope hormonen.

Ondergewicht, snel vermageren en stress (bijvoorbeeld examen) vormen meestal de onderliggende oorzaken.

De therapie is onder alle omstandigheden afhankelijk van de gestelde diagnose.



Dr. R. Rolland, gynaecoloog, is hoofd van de Afdeling Gynaecologische Endocrinologie en Infertiliteit aan het Instituut voor Gynaecologie/Verloskunde van het St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen.



Adolescent en vitium cordis

door *Dr. H. J. Busch*

De adolescent bevindt zich in het niemandsland tussen de kinderjaren en het volwassen zijn. Door de goede medische voorzieningen bereiken tegenwoordig ook veel kinderen met een soms ernstige aangeboren hartafwijking deze kwetsbare periode. Problemen op cardinaal en psychosociaal gebied doen zich dan voor juist in een tijd dat de kinderarts-cardioloog in het algemeen terugtreedt en de internist-cardioloog de behandeling overneemt. Een aantal aspecten, ervaringen en conclusies zal de revue passeren.



Dr. H. J. Busch specialiseerde zich in de kindergeneeskunde en is sinds 1961 als staf-lid van de universitaire kinderkliniek van het St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen verantwoordelijk voor de afdeling kindercardiologie.

SECTIE 2 – OMGEVINGSINVLOEDEN OP DE ADOLESCENT

Voorzitter: *Dr. J. J. Kolk*, bedrijfsarts

Adolescent en gezin

door *Dr. G. Mik*

Als sommige moderne hulpverleners van adolescenten het gezin van betrokkenen onderwaarden geschiedt dit ten onrechte. Ook al leeft de adolescent in een manifest conflict, datgene wat hij meemaakte in zijn ouderlijk gezin valt niet zo maar uit te wissen uit zijn of haar belevingswereld. Sommige auteurs spreken over de adolescentie als over een tweede geboorte: 'uit het gezin, naar de harde buitenwereld'.

Dit impliceert dat het nogal wat verschil uitmaakt hoe de verhoudingen in het gezin lagen en welke de structuur is van de maatschappij waaraan de adolescent zal gaan participeren.

De grote individuele verschillen in lichamelijke en geestelijke rijping naast de specifieke moeilijkheden in dit tijdsbestek rond de identiteitsvorming zorgen samen met de eerder genoemde factoren voor een veelkleurig beeld.

Fricities zijn nauwelijks te voorkomen en het is juist de arts die gemakkelijk met de problematiek, inherent aan de fase van ontwikkeling in relatie tot het gezin, in contact komt. Het is goed een open oog voor deze zaken te hebben en enige 'skill' ter zake om scheefgroei zoveel mogelijk te voorkomen.



Dr. G. Mik is lector jeugdpsychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Hij is werkzaam aan de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis Groningen, eerst als hoofd van de behandelingskliniek voor affectief verwaarloosde kinderen, sinds zijn benoeming tot lector als hoofd van de jeugdpsychiatrische onderafdeling. Hij was voorzitter van de Gemengde Interdepartementale Werkgroep Jeugdwelzijnsbeleid en is lid van de Raad voor de Jeugdvorming.



Vorming in het vrijetijdsmilieu

door *Drs. G. C. de Haas*

De vormende waarde van de vrije tijd wordt tegenwoordig door vele onderzoekers belangrijker geacht dan die van het onderwijs. Bij deze vorming in de vrije tijd nemen de zogenaamde 'Peergroups' een belangrijke plaats in. Besproken worden onder meer de positieve en negatieve bijdragen van dit soort groepen in de vorming van het jonge individu.



Drs. G. C. de Haas studeerde theologie in Groningen met als hoofdvak pastorale psychologie. Vanaf 1968 is hij wetenschappelijk hoofdamtenaar bij de Rijksuniversiteit te Utrecht, verbonden aan de afdeling 'Begeleidingstaken' van het Pedagogisch-Didactisch Instituut voor de Leraarsopleiding, waar hij het vak 'jeugdkunde' doceert.

Adolescenten in het bedrijf, een verdwijnende groep?

door *Dr. H. W. A. Nijenhuis*

Een groot aantal maatschappelijke veranderingen heeft de plaats en de positie van de adolescent in de samenleving in de laatste decennia in sterke mate beïnvloed. 14- en 15-jarigen zijn tegenwoordig volledig leerplichtig, 16- en 17-jarigen tenminste partieel. Er is een grotere doorstroming naar verdere opleidingen. Zij die willen gaan werken, zijn degenen die de opleiding afbreken, en daarom dan ook niet meer als ongeschoold zijn te classificeren. Ook in de bedrijven zijn veel veranderingen ontstaan als gevolg van de voortschrijdende mechanisering en automatisering, invoering van nieuwe technologieën en moderne bedrijfsvoeringsmethodieken. Hiertoe zal in toenemende mate slechts arbeid beschikbaar zijn op zeer eenvoudig niveau of hoger gekwalificeerd werk dat evenwel veelal anders is gericht dan waarop de school voorbereidt. Op deze wijze ontstaat er voor de adolescent een duidelijke discrepantie tussen wat hij wil doen en aankan en de aard van het beschikbare werk. De helft van de jeugdigen blijkt bij een aanstellingskeuring afwijkingen te hebben. In vergelijking met 10 jaar geleden worden echter tegenwoordig tengevolge van de genoemde veranderingen en de gewijzigde inzichten veel minder jeugdigen bij de aanstellingskeuring afgewezen.



Dr. H. W. A. Nijenhuis is bedrijfsarts in dienst van de PTT. Hij is belast met de bedrijfsgeneeskundige verzorging van een deel van het Telefoondistrict 's-Gravenhage en van de Rijksautomobielcentrale. In 1975 promoveerde hij aan de Universiteit van Amsterdam op een proefschrift 'Youth Employment and Health, pre-employment health conditions among young people'.

Vrijetijdsbesteding en werkloosheid van adolescenten

door *E. de Vringer*

Besproken worden argumenten voor een tweetal te poneren stellingen.

De eerste stelling houdt in dat de adolescent minder vrije tijd te besteden heeft dan veelal wordt gedacht.

In de tweede stelling wordt geponerd dat de gevolgen van het werkloos zijn van de adolescent zich gedurende langere tijd in de samenleving zullen blijven manifesteren.



Ruud E. de Vringer, studeerde enige jaren theologie in Kampen en was jaren stafmedewerker jeugdbeleid bij de Directie Sociaal Cultureel Werk van CRM. Hij vervult sinds medio 1977 bij dat ministerie een coördinerende functie met betrekking tot de relatie tussen welzijn en werkloosheid.



SECTIE 3 – VERSLAAFD GEDRAG

Voorzitter: Th. M. G. van Berkestijn, arts

Farmacologische aspecten van verslaving

door *Drs. J. C. Kutsch Lojenga*

Het farmacologisch onderzoek naar de factoren welke essentieel zijn voor het optreden van verslaving is in volle gang. Waarom is een stof verslavend, zijn er bepaalde facetten in de personaliteitsstructuur die predisponeren tot verslaafd gedrag? Volgens onderzoekers die werken met zogenaamde 'Personality Inventory Scales' is dat laatste aannemelijk, en wat het eerste betreft een stof wordt geacht verslavend te kunnen werken als deze:

1. door een soort zelfversterkend effect de gebruiker tot voortzetting van het gebruik induceert, en
2. tolerantie en afhankelijkheid kan veroorzaken.

Het onderzoek bij dier en mens heeft weliswaar talloze gegevens opgeleverd op spinaal, medullair en cerebraal niveau, maar wanneer en in hoeverre is een correlatie met verslaafd gedrag te leggen? De ontdekking van de enkefalinen en endorfinen in hersenen van zoogdieren kan een belangrijke stap voorwaarts betekenen bij de opheldering van de mechanismen die een rol spelen bij narcotica-verslaving. Of deze ook te verbinden zijn met andere verslavende stoffen is een vraag die zich nog niet beantwoorden laat.



Drs. J. C. Kutsch Lojenga, klinisch-apotheker, is sinds medio 1963 verbonden aan het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem. Hij is lid van de Begeleidingscommissie Hulp voor Drugverslaafden, een adviescommissie van Burgemeester en Wethouders van Arnhem.

De lichamelijke gevolgen van druggebruik

door *Dr. K-H. Brandt*

Stelling 1: Over de directe lichamelijke schade door stoffen die bij het illegale druggebruik in het spel zijn, zoals: cannabis-preparaten, opiaten, lysergzuur-diaethylamide (LSD), amfetamines, cocaïne is weinig of niets bekend.

Stelling 2: De ziekten waarvan bij druggebruik sprake is zijn een gevolg van de parenterale wijze van toediening van deze middelen. Deze ziekten hebben met de drugs als zodanig niets van doen.

Stelling 3: De legale 'drug' alcohol richt in onze samenleving meer schade aan dan alle andere drugs bij elkaar.



Dr. K-H. Brandt is internist en Hoofd van de Afdeling Interne Geneeskunde, Gemeente Ziekenhuis te Arnhem. Zijn speciale belangstelling gaat uit naar ziekten van lever en galwegen.



Opvang en therapie van jeugdige verslaafden

door *Drs. W. M. Lange*

In het eerste deel formuleert de heer Lange op grond van zijn persoonlijke ervaring en opleiding zijn visie op wat verslaving is en hoe men verslaafd kan raken. Dit op grond van de overtuiging dat de wijze van invulling van de hulpverlening aan een probleemgroep geïndiceerd is door denkbeelden die men over de betreffende groep heeft.

Het tweede deel van zijn voordracht bevat dan ook meer een uiteenzetting van een mogelijke vorm van hulpverlening aan met name verslaafde jongeren.



Drs. W. F. Lange is als klinisch psycholoog werkzaam in het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Wolfheze' te Wolfheze en als zodanig betrokken bij de opvang en begeleiding van verslaafden.

De reactie van de maatschappij op druggebruik

door *Mr. F. E. Frenkel*

De vraag 'Drugs, een maatschappelijk probleem?' kan tweeledig worden opgevat:

a. levert dat gebruik op zichzelf maatschappelijke problemen op? en/of b. levert dat gebruik pas (of voornamelijk) problemen op door de attitude van de maatschappij waarin dat gebruik plaats vindt?

Door middel van een vergelijkings- en eliminatieproces komt als conclusie te voorschijn dat de vraag onder a. gesteld uitsluitend in het licht van die sub b. kan worden gezien. 'Riskant gedrag' levert op zichzelf geenszins altijd maatschappelijke problemen op, terwijl anderzijds de risicofactor zelf in belangrijke mate door de maatschappelijke attitude wordt geconstitueerd of vergroot. Een aantal vergelijkingen met verschijnselen uit het min of meer recente verleden – waar verandering van attitude het probleem 'oploste' – wordt ter adstructie behandeld.

Het hanteren van de gebruikelijke criteria ter bepaling van de (on)gewenstheid van druggebruik middels een soort kosten-baten analyse blijkt – indien toegepast op een geaccepteerd verschijnsel in onze samenleving, zoals bijvoorbeeld het verschijnsel strafrechtspleging – verrassende resultaten op te leveren.

Zonder behoorlijke probleemanalyse is een vastomlijnde beleidssuggestie niet te geven; anderzijds dient men 'experimenteren' – ook in een sociaal probleemveld – evenmin als 'besmet' en evenzeer als bijdragend tot oplossingen te zien als in andere contexten – bijvoorbeeld diagnostiek – gebruikelijk is.



Mr. F. E. Frenkel is Wetenschappelijk Hoofdmedewerker voor het Strafrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij publiceerde reeds in 1965 over 'drug'problemen in het Nederlands Tijdschrift voor Criminologie. Naast vele andere artikelen over dit onderwerp ook in 'De Gids' d.d. 1973, no 9/10 'Schuld en ziekte'.

Tot zover het wetenschappelijk programma op donderdag 5 oktober

Het wetenschappelijk programma wordt vrijdag 6 oktober voortgezet

dan komt men voor de middag bijeen in de secties 4, 5 en 6



SECTIE 4 – ONGENEESLIJKE AANDOENINGEN

Voorzitter: Dr. P. M. V. van Wieringen, kinderarts

Maligne aandoeningen in de adolescentenleeftijd

door R. Somers en H. Behrendt

Tumoren op adolescentenleeftijd (14-21 jaar) zijn weinig frequent. De meest voorkomende zijn het osteosaroom, Ewing sarcoom en de maligne reticulosen. Vroege herkenning is van belang daar al deze tumoren curatief behandeld moeten worden. De prognose van het osteosaroom en het Ewingsarcoom is sterk verbeterd door zogenaamde adjuvant behandelingen; in aansluiting aan de primaire therapie (chirurgie bij het osteosaroom, radiotherapie bij het Ewing sarcoom) worden de patiënten behandeld met chemotherapie; bij het osteosaroom lijkt ook radiotherapie effectief.

De patiënten en hun omgeving moeten gemotiveerd zijn voor deze therapieën die niet zonder bijwerkingen zijn. Het is daarom van belang een goed contact te hebben zowel met de patiënt, eventuele partner en de ouders. Het bespreken van de diagnose en de behandeling horen hierbij, waarbij men het accent legt op de positieve ontwikkeling en de tijdelijkheid van de bijwerkingen. De arts die de patiënt en de familie inlicht dient goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden. De ontwikkelingsfase van de adolescent en de relatie tot de ouders zullen bepalen hoe men deze gesprekken zal voeren.

Systematisch onderzoek, niet alleen naar de somatische doch ook naar de psycho-sociale consequenties is nodig om meer inzicht te krijgen in de acute en late gevolgen van ziekte en behandelingen op deze leeftijd.



R. Somers is opgeleid tot internist in de Interne Kliniek van het Binnengasthuis te Amsterdam (destijds Prof. Dr. J. G. G. Borst). Hij is thans verbonden aan het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis te Amsterdam, afdeling Oncologie/Hematologie.



H. Behrendt is sedert 1974 als kinderarts werkzaam in het Emma Kinderziekenhuis te Amsterdam, voornamelijk op het gebied van de kinderoncologie. Hij is bestuurslid van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.



Adolescenten met een maligne aandoening

door Drs. F. S. A. M. van Dam en Drs. B. F. Last

Over hoe adolescenten met kanker hun ziekte, behandeling en de gevolgen van hun behandeling beleven, is nog weinig bekend. Als we de literatuur er op nalezen, dan beschrijven de auteurs doorgaans hun ervaringen met een of enkele gevallen. Systematisch onderzoek ontbreekt.

Algemeen wordt de adolescentie als een kritieke levensfase gezien, waarin een belangrijk deel van de persoonlijkheidsvorming z'n beslag krijgt. Een levensbedreigende ziekte en de daarbij behorende zware behandeling lijkt diep in dit proces in te grijpen.

Uit ervaring en case-studies weten we dat zich een reeks van problemen kan voordoen. Relevante vragen zijn:

- Wat weet de patiënt van z'n ziekte en behandeling?
- Welke angsten en spanningen treden op?
- Hoe wordt hiermee omgegaan?
- Welke verwachtingen hebben patiënt en zijn omgeving (ouders, familie, vrienden) van ziekte en behandeling?
- Wat zijn de gevolgen van school, studie en werk?
- In hoeverre nemen patiënt en gezin deel aan sociale activiteiten (i.c. verenigingsleven, vrienden, vriendinnen)?
- Welke veranderingen treden er op in de gezinsrelaties?
- Wat is de invloed op het dagelijks leven?
- Wat is het consumptiepatroon aangaande psychofarmaca, slaapmiddelen en alcohol?
- Wat is de rol bij de hulpverlening van de eerstelijns-werkers (huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werk)?
- Welke specifieke klachten hebben adolescenten ten gevolge van ziekte en behandeling?

Met de resultaten van een onderzoek onder een representatieve groep van adolescenten die behandeld worden of behandeld zijn voor een maligne aandoening, hopen we een antwoord te geven op een aantal van deze vragen. Het onderzoek heeft uiteindelijk als oogmerk de organisatie van de zorg in ziekenhuis en thuissituatie te helpen inrichten.



Drs. F. S. A. M. van Dam is psycholoog en verbonden aan het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis te Amsterdam. Hij is Wetenschappelijk Hoofdmedewerker van het Psychologisch Laboratorium van de Gemeente Universiteit van Amsterdam, Afdeling Persoonlijksleer.



Drs. B. F. Last is psycholoog en hoofd van de Psychosociale Afdeling van het Emma-kinderziekenhuis te Amsterdam, alwaar onder meer met behulp van de gelden van het actiefonds 'Geven voor Leven' het project 'psychosociale zorg voor het kind met een maligne aandoening en zijn familie' wordt uitgevoerd.

Dove adolescenten

door J. van Eijndhoven, pr.

Onder 'doofheid' wordt hier verstaan: 'prelinguale doofheid'.

'Doofheid': een dergelijk hoorverlies, dat men zelfs met het beste hoorapparaat en de beste hoortraining de spraak nooit hoofdzakelijk door horen kan leren verstaan.

'Prelingualiteit': bedoeld is de periode, die voorafgaat aan het verwerven van een spreektaal; levensperiode vanaf de geboorte tot en met de tweede verjaardag kan men noemen de prelinguale periode.

De groep van 'dove adolescenten', die prelinguaal doof zijn, is een zeer kleine groep in onze samenleving; een groep waarschijnlijk niet groter dan ± 400 personen. Het is een zeer gedifferentieerde groep, een doorsnee van de bevolking; te onderscheiden in: a) 'normale' doven, zonder nevengebreken = niet complex gestoord; b) complex gestoorde doven: 1. doven met leerstoornissen, 2. doofblinden, 3. dove zwakzinnigen.

Besproken zal worden: mogelijkheden en onmogelijkheden van deze groep.



De heer J. J. M. van Eijndhoven, pr. is sinds 1966 Algemeen Directeur van het Instituut voor Doven te Sint-Michielsgestel.



Neuromusculaire ziekten in de adolescentie

door **Dr. G. Schouwink**

Per definitie verstaat men onder de 'neuro-musculaire ziekten' die aandoeningen waarvan de symptomatologie zich beperkt tot het 'lower motor neuron (LMN)'. De motorische voorhoorn, de perifere zenuw en de spier. Een anatomische, beschrijvende indeling die met betrekking tot het causale gebeuren geenszins voldoet.

Helaas behoren de neuromusculaire ziekten nog tot de groep van ongeneeslijke ziekten. Het wordt echter steeds duidelijker dat ze niet gerekend moeten worden tot de aandoeningen van de 'adolescente periode'. De ontwikkeling van meer kennis over structurele en chemische veranderingen, alsmede zorgvuldige beoordeling van de klinische verschijnselen, heeft aangetoond dat het debuut van vrijwel 100% van deze ziekten naar de (soms vroege) kinderleeftijd moet worden verschoven. Vroegdiagnostiek blijkt wezenlijk bij te dragen tot begrip en kennis. Het biedt tevens mogelijkheden om door symptomatisch, respectievelijk preventief handelen de handicap zo veel en zo lang mogelijk te beperken.

Het inzicht dat in bijna alle gevallen sprake is van een erfelijke aandoening wint veld en verdient alle aandacht. Dit maakt dat vooralsnog de kracht van ons medisch handelen ten aanzien van de neuromusculaire aandoeningen op het terrein van de genetica ligt. Door het vroegtijdig ontdekken van 'carriers' en het geven van adequate genetische adviezen kan veel ellende worden voorkomen.



Dr. G. Schouwink is tot zenuwarts (hoofdvak neurologie) opgeleid onder leiding van Prof. Dr. A. Biemond. Hij promoveerde in 1961 op: 'De Hepato Cerebrale Degeneratie'. Vanaf 1960 is hij neuroloog aan het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem.

SECTIE 5 – STOFWISSELING

Voorzitter: **Dr. A. E. Meinders**, internist

De vooruitzichten van de diabetische adolescent

door **Dr. V. Cejka**

De diabetische adolescent lijdt aan het juveniele type van de suikerziekte. De behandeling hiervan vereist exogene insulinetoediening en beperkende voorschriften ten aanzien van voedselopneming en leefgewoonten. Een overzicht wordt gegeven van recente ontwikkelingen, waarmee een meer fysiologische regulatie van de koolhydraatstofwisseling wordt nagestreefd. Ter sprake zullen komen de voor- en nadelen van het vervolgen van de bloedsuikerconcentratie door de patiënt zelf, de continue subcutane toediening van insuline, het kunstmatige pancreas en de transplantatie van het pancreas of de eilandjes van Langerhans.



Dr. V. Cejka is lector klinische endocrinologie aan de Universiteit van Amsterdam en hoofd van de afdeling klinische endocrinologie AZUA, Interne kliniek Binnengasthuis te Amsterdam.



De adolescent en diabetes mellitus

door **Dr. J. L. Touber**

De behandeling van de patiënt met juveniele diabetes richt zich op het bevorderen van een normale lichamelijke en emotionele ontwikkeling, het vermijden van door de ziekte geïnduceerd afwijkend gedrag en het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt. De rol van de arts is die van deskundig adviseur. Voorlichting is van het grootste belang. 'Diabetes diëten' kunnen worden afgeschaft. Het zelf controleren van urine moet worden bevorderd. De familie situatie en emoties spelen een grote rol. Overdosering met insuline moet worden vermeden.



Dr. J. L. Touber is lector endocrinologie en werkzaam als internist/endocrinoloog in het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam.

Adipositas

door **Dr. W. D. Reitsma**

Adipositas berust op overvoeding. Hormonale afwijkingen zijn zelden de oorzaak van adipositas. Overgewicht heeft echter wel een aantal hormonale veranderingen tot gevolg. Het meest opvallend is het optreden van insuline resistentie, wat leidt tot verhoogde insulinepiegels. Bij een verminderde insuline reserve kan overgewicht diabetes mellitus manifest doen worden.

De mate van gewichtstoename bij overvoeding is niet voor iedereen gelijk. Excessieve gewichtstoename wordt bij gezonden ten dele voorkomen door een minder efficiënte eiwit-synthese en meer warmteproductie.

Adipositas komt bij adolescenten minder vaak voor dan op latere leeftijd. Bij te dikke jongens wordt ten onrechte nog eens een vertraagde puberteit verondersteld, terwijl bij meisjes door de wat gevorderde lichaamsbouw juist het omgekeerde het geval is.

Normalisering van het gewicht met behulp van een dieet van ongeveer 1500 kCal met voldoende eiwitten (ongeveer 90 gram) is van groot belang ter voorkoming van eventuele complicaties op latere leeftijd.



Dr. W. D. Reitsma is lector interne geneeskunde aan de Universiteit van Groningen. Zijn speciale belangstelling gaat uit naar de endocrinologie en stofwisselingsziekten.

Anorexia nervosa: verstoorde endocriene regulatie

door **Dr. H. M. J. Krans**

Anorexia nervosa wordt voornamelijk gezien bij meisjes tussen het twaalfde en vijftiende jaar, na het begin van de puberteit. Preoccupatie met voedsel, vermagering en (secundaire) amenorroe staan op de voorgrond. Psychische of somatische invloeden (?) veroorzaken een disregulatie in de hypothalamus, die zich uit in gestoorde voedselopname en warmteverwerking en leidt tot afwijkingen in de endocriene systemen die via de hypofyse worden gereguleerd (gonaden, schildklier, groeihormoon, bijnier, antidiuretisch hormoon), zoals een verminderde FSH- en LH-secretie en LRH-gevoeligheid, een verminderde ADH-gevoeligheid, een geïsoleerde verlaging van het trijodothyronine uit de schildklier, een verhoogde groeihormoonspiegel en veranderingen in het cortisolmetabolisme. Een aantal van deze disregulaties wordt ook bij ondervoeding gezien. Leidt de ondervoeding tot verlaagde trijodothyronine spiegels en zo tot endocriene disregulatie, of zijn primair veranderingen in de hypothalamus de oorzaak?

Anorexia nervosa is geen ongevaarlijk ziektebeeld. De ondervoeding en elektrolytenverschuiving kunnen tot de dood leiden.



Dr. H. M. J. Krans is lector inwendige geneeskunde met speciale opdracht voor endocrinologie en stofwisselingsziekten aan de Leidse universiteit; hij is verbonden aan de gelijknamige vakgroep.



SECTIE 6 – PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Voorzitter: W. Boissevain, huisarts

Relaties en sexualiteit van jongeren

door Dr. Mr. C. J. Straver

Jeugdsexualiteit als leerproces

Sexualiteit van jongeren wordt vaak gezien als een door fysiologische veranderingen geleid proces, waarbij er een opeenhoping van 'drift' ontstaat die via sociale regels en relatieperspectieven moet worden gereguleerd. Het is – in deze visie – alsof er aan het begin van de puberteit een motor wordt gestart; de beheersing der vrijkomende energie lijkt het voornaamste probleem. Waarschijnlijk was men niet tot die opvatting gekomen als men niet de ontwikkeling bij de jongen maar bij het meisje als uitgangspunt had genomen. Doet men dit laatste dan ziet men namelijk veel eerder dat sexualiteit een geleidelijk opgebouwde set van menselijke omgangsvormen inhoudt. De fysiologische veranderingen vormen weliswaar een voorwaarde, maar de enorme variatiebreedte aan gedragsvormen kan men met die fysiologische veranderingen niet verklaren. In ons onderzoek bij 15 tot 21-jarige jongeren treffen we in elk van deze leeftijdscategorieën jongeren aan die nog op het eerste niveau van toenadering (samen uitgaan en alleen zoenen) en reeds op het laatste niveau zijn (regelmatig samen naar bed gaan).

In deze voordracht wil ik jeugdsexualiteit bespreken vanuit het gezichtspunt van het leren van sexualiteit als contactvorm, de eisen die dat stelt, de processen die men er in kan waarnemen, de bijdrage van de omgeving, leren wordt hier niet opgevat als een 'beleerd' en 'gevormd' worden door vooraf gegeven elementen in de persoon en zijn of haar omgeving (alsof het kind c.q. de jongere een louter passief en ontvangend wezen zou zijn) maar als een proces van zelf-leren, een zichzelf toe-eigenen van perspectieven, vaardigheden, evaluatiemaatstaven etc. Dit zelf-leren gebeurt dan via exploratie en zoekprocessen, via het kijken naar voorbeelden, via het luisteren naar anderen, via het opdoen van ervaring. Diverse personen en situaties in de omgeving leveren hierbij een uitnodigende of afremmende bijdrage.



Dr. Mr. C. J. Straver is socioloog en jurist. Hij is als sociaal sexuoloog verbonden aan het NISSO, het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek te Zeist.



Adolescent, sex en arts

door *J. J. Drenth*

Voor adolescenten is seksualiteit een gewichtig onderwerp, waarmee de arts slechts zelden wordt geconfronteerd, voornamelijk als er zich problemen voordoen. Er wordt kort ingegaan op de sexologische kant van fluorklachten, op initiële coïtusproblemen van meisjes en jongens en op de problematiek van geboorteregeling en ongewenste zwangerschap. Gepleit wordt voor een aanpak waarbij de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij de patiënt zelf blijft berusten.

De belangrijkste behoefte van jongeren is meestal die aan voorlichting en het bespreken van de ambivalenties die de seksuele ontwikkeling zo vaak begeleiden. Men dient niet te snel te veronderstellen dat aan een klacht ook pathologie ten grondslag ligt; vaak is er sprake van onjuiste verwachtingen of een wat trage ontwikkeling. Men dient de seksualiteit van teeners niet te zien als een onvermijdelijk kwaad, maar als een wenselijke ontwikkeling, die bij de ene jongere wat problematischer verloopt dan bij de andere. Sommige ouders huldigen een ander standpunt en het conflict dat daaruit resulteert moet door de arts bijzonder zorgvuldig worden gehanteerd.



J. J. Drenth, arts, is werkzaam bij het Rutgershuis te Groningen als medisch leider en lid van het psychosociaal team. Werkzaamheden: anticonceptiesprekuren, sex- en relatietherapieën en consultatie.

Adolescentencriminaliteit, politie en arts

door *Mevrouw Mr. D. B. Mensing-van Charante*
en *Drs. J. M. Th. E. Toebosch*

Na een definiëring van de begrippen adolescent en criminaliteit volgt een korte schets van omvang en trends van bepaalde vormen van crimineel-deviant gedrag van adolescenten. Vervolgens een cursorisch inzicht in mogelijk causale factoren. De rol van de (kinder)politie hierin wordt belicht, waarna deze rol – mede in het licht van de mogelijke causale factoren – wordt geïllustreerd met behulp van casuïstiek. Besloten wordt met een aantal opvattingen van de auteurs over de rol die artsen in het algemeen en huisartsen in het bijzonder naar hun mening kunnen spelen bij de onderhavige problematiek.



Mevrouw Mr. D. B. Mensing-van Charante behaalde na haar rechtenstudie het diploma inspecteur aan de Nederlandse Politie-academie te Apeldoorn. Gedurende de afgelopen zes jaar is zij werkzaam als hoofdinspecteur, chef van de kinder- en zedenpolitie te Arnhem.



Drs. J. M. Th. E. Toebosch studeerde criminologie in Utrecht. Hij is werkzaam als stafdocent criminologie aan de Nederlandse Politie-academie te Apeldoorn. Zijn bijzondere belangstelling gaat uit naar selectieprocessen ten aanzien van labeling van criminelen door instanties, zoals bijvoorbeeld politie, justitie e.d.



Excursies

Papendal

In het kader van het jaarlijkse Ledencongres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zal op vrijdagmiddag 6 oktober een bezoek kunnen worden gebracht aan het Nationaal Sport Centrum 'Papendal' te Arnhem. Dit terrein is eigendom van de Nederlandse Sport Federatie dat de koepel is waaronder elke georganiseerde sporter en zijn sportbond ressorteert. De afdeling Sportgeneeskunde van de Nederlandse Sport Federatie, die op Papendal haar accommodatie heeft, biedt het volgende programma in het kader van het thema 'de adolescent in de geneeskunde' aan:

Drie inleiders, Prof. Dr. P. A. Biersteker, Dr. W. L. Mosterd en Dr. G. P. H. Hermans zullen vanuit hun werkterrein, te weten de inspanningsfysiologie, de cardiologie en de orthopaedie, de sportgeneeskundige zorg van de adolescent belichten. Hierna bestaat de mogelijkheid het Sport Medisch Centrum te bezichtigen, in de fraaie omgeving te wandelen of te trimmen, een deel van de training van de Nationale Selectie keurturnen dames (14 tot 21 jaar) te volgen en/of zelf te sporten (tennis, zwemmen, volleybal).



L. P. Heere is sportarts en Hoofd van de afdeling Sportgeneeskunde van de Nederlandse Sport Federatie. Hij houdt zich bezig onder meer met de medische begeleiding van diverse nationale teams, en de opbouw van de sportgeneeskunde in Nederland.

Johanna Stichting – Arnhem

Observatie- en Revalidatiecentrum voor jongeren

De JOHANNA STICHTING verheugt zich op Uw bezoek en wel om meer dan één reden. In de eerste plaats, omdat wij U gaarne de resultaten willen tonen van de recente renovatie van het revalidatiecentrum. Vervolgens stellen wij U komst zo zeer op prijs, omdat de revalidatie in de meeste medische opleidingen nog altijd niet de aandacht krijgt die dit specialisme verdient. Wij hopen dat de inleiding en het kennis nemen van het werk van het centrum – uiteraard in bescheiden mate – iets van deze achterstand zal kunnen wegnemen. Tenslotte – en dit laatste wellicht het meest – verheugen wij ons op uw komst omdat wij er ten volle van overtuigd zijn dat wij het revalideren van jongeren zonder Uw medewerking niet kunnen verrichten. Waar de Johanna Stichting al jarenlang uitgaat van het nut en de noodzaak van een vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen, moet zij kunnen rekenen op Uw tijdig signaleren en verwijzen naar het observatiecentrum, dat door zijn multidisciplinaire opzet kan adviseren ten aanzien van een optimale ontwikkeling van het gehandicapte kind. De opvang van de jongeren en hun gezin tijdens en ná de (dag- of klinische) revalidatie vraagt een intensieve samenwerking met de collegae, met name met de huisartsen.

Om al deze redenen: van harte welkom!

Programma excursie Johanna Stichting

14.00 uur: Kerkelijk Cultureel Centrum Het Dorp: ontvangst en inleiding door A. Klapwijk, arts voor revalidatie, geneesheer-directeur: 'De adolescent met een handicap'

14.45 uur: wandeling door Het Dorp naar de Johanna Stichting

15.00 uur: rondgang door het centrum waarbij bezoek mogelijk is aan: observatiecentrum; medisch centrum; paramedisch therapiegebouw; afdeling audiologie; afdeling film en fotografie; woonpaviljoens; school voor kleuter- en basisonderwijs met o.a. een afdeling voor tevens communicatief gehandicapten; scholengemeenschap voor voortgezet onderwijs, technisch- en huishoud-nijverheidsonderwijs; ontmoetingscentrum voor gehandicapte en niet-gehandicapte jeugd; sociëteit; afd. creativiteit, muziek e.d.; manege – kinderboerderij;

bijzondere activiteiten: videopresentaties, o.a. wetenschappelijk werk, paramedische therapieën; sportdemonstraties; tentoonstelling revalidatieliteratuur; demonstratie technische hulpmiddelen

16.15 uur: apéritief

16.45 uur: vertrek

De adolescent met een handicap

door A. Klapwijk

Het spreekt voor zichzelf dat aan de jonge mens met een handicap – aangeboren dan wel verworven door ziekte of ongeval – tijdens het congres de nodige aandacht wordt besteed. Specifieke problemen van deze jongeren aan de vooravond van hun entrée in de samenleving als:

- . medische en paramedische behandelingen;
 - . onderwijs en vorming;
 - . arbeidsmogelijkheden;
 - . woon- en leefvoorzieningen;
 - . integratie;
 - . toekomstverwachting;
 - . levensmotivatie,
- zullen in de inleiding van collega Klapwijk worden belicht.



A. Klapwijk is arts voor revalidatie en geneesheer-directeur van de Johanna Stichting – Arnhem.



Het BIO-revalidatiecentrum voor kinderen te Arnhem

In nauwe samenwerking met de op hetzelfde terrein gelegen BIO-Mytyschool en Orthopedische Instrumentmakerij, biedt bovengenoemd instituut zeer volledige revalidatiemogelijkheden voor het primair lichamelijk gehandicapte kind, in de leeftijd van 0 tot 17 jaar, waarbij – met name wat betreft het schoolbezoek – in enkele gevallen de mogelijkheid bestaat deze leeftijdsgrens tot 20 jaar te verleggen.

In totaal worden circa 225 kinderen met hun ouders begeleid, grotendeels in de vorm van een dagopvang, met een mogelijkheid tot opname van maximaal 72 kinderen in een zestal paviljoens.

De noodzakelijke ouderbegeleiding, waarbij de sector maatschappelijk werk centraal staat, krijgt nog een extra dimensie door de aanwezigheid van een zogenaamd oudercentrum, met logeermogelijkheid voor de gezin-



nen rondom het gehandicapte kind. Een extra accent krijgt ons instituut door de zogenaamde vroegtijdige behandeling van 0 tot 3 jarigen, waarbij – uiteraard – voor deze zeer jeugdigen de ouderinstructie en -begeleiding centraal staat, terwijl voor de peun-

ters een tweetal therapeutische peutergroepen zijn gevormd.

Een andere specialisatie is aanwezig in de vorm van behandelingsmogelijkheid voor dubbelgehandicapten met een gehoorstoornis of communicatiestoornis.

Tenslotte dient nog melding te worden gemaakt, dat door de nauwe verbondenheid van de beherende Stichting met de bioscoopwereld, uit de opbrengsten van de bekende bioscoopcollectes een aantal onderzoeksprojecten – onder meer op het gebied van het afwijkend bewegingspatroon bij gehandicapten, het therapeutisch rendement van het paardrijden, experimenten met nieuwe materialen en vervaardigingmethoden in de orthopedie-techniek – uitgevoerd worden.

F. B. Venema, revalidatiearts
Geneesheer-Directeur

‘De Heldringstichtingen’ te Zetten

De Heldringstichtingen, gesticht in 1846, zijn gericht op de residentiële behandeling van adolescenten. Uitgangspunt is de visie dat de adolescentie als levensfase een aantal ontwikkelingsopgaven in zich bergt. Kan de adolescent deze opgaven niet oplossen dan is soms hoog gespecialiseerde hulp noodzakelijk. De stichtingen geven deze hulp door de adolescenten onder te brengen in veiligheid en zekerheid biedende leefgroepen. Daarnaast bestaat een aantal gespecialiseerde ontwikkelingssituaties (school, creatief centrum, therapeutische boerderij, activiteiten-centrum).

Het Orthopedagogisch centrum ‘Ottho Gerhard Heldring’ (capaciteit 70 meisjes) hoort



Jeugdpsychiatrisch centrum
„de lingewal”

bij de zeer intensieve behandelingssector van het ministerie van Justitie en is gericht op directe opvang, op observatie en behan-

deling van meisjes in extreem moeilijke situaties.

Het Jeugdpsychiatrisch centrum ‘De Lingewal’ (capaciteit 30 meisjes en jongens) hoort in de volksgezondheidssector als psychiatrisch ziekenhuis en is gericht op ontwikkelingspsychosen, psychotische decompensaties in de adolescentie, borderline toestanden en psychosomatische en hysterische gedragsproblemen.

Stafleden van beide centra zullen trachten te verduidelijken wat het betekent een therapeutisch leefklimaat voor adolescenten in stand te houden.

H. O. Th. Finkensieper, jeugdpsychiater

Dr. Leo Kannerhuis

Autisme, een orthopedagogische benadering

Op 1 mei 1974 startten wij in Oosterbeek een klein behandelingstehuis voor oudere autistische jongens en meisjes (14 - 21 jaar). In dit tehuis proberen wij kinderen een meer specifieke behandeling te geven gedurende 4 à 5 jaar.

De behandeling kan gesplitst worden in twee delen, behandeling in ons tehuis en behandeling door anderen buiten ons tehuis. De behandeling in ons huis vindt plaats in de leefgroep en wordt uitgevoerd door de vier groepsleiders, die voor die speciale groep

dr. Leo Kannerhuis

Behandelingstehuis voor oudere autistische jongens

verantwoordelijk zijn.

Wij geloven dat dit de beste manier is om behandeling, training, opvoeding, therapie, onderwijs etc. te integreren. Om dit alles te bereiken moet er veel tijd besteed worden aan het coachen van de groepsleiders door de psycholoog, psychiater, agoog, orthopedagoog en alle anderen die direct als specialist aan ons tehuis zijn verbonden.

Voor ons betekent behandeling structuur verlenen, want we gaan ervan uit dat autis-

me fundamenteel een integratiestoornis is. Daarom zien wij het therapeutische klimaat als een verdichte trainingssituatie, waar optimale mogelijkheden worden geboden die het kind helpen zich op een meer adequate manier te ontwikkelen. Voor iedere pupil is een compleet behandelingsplan samengesteld. Dit wordt besproken met de ouders, die het daarna ook in hun bezit krijgen. Dit plan wordt iedere zes weken met de ouders in de thuissituatie geëvalueerd.

De regering heeft ons behandelingstehuis erkend als categoriaal psychiatrisch ziekenhuis.

Drs. A. H. Hoogveld, directeur

Arnhem, stad in de natuur

Wilt u zich een voorstelling maken van Arnhem?

Welnu, vergelijk de stad met een hand, de vingers gespreid. De palm van de hand is de oude stadskern: een marktplein met monumentale architectuur: het gemeentehuis, dat open staat voor iedereen; het Huis der Provincie, met daarnaast de Sabelspoort, de enig overgebleven oude stadspoort van Arnhem; de Grote Kerk, een galerij van fonteinën, en de city: een wandel-, kijk- en koopdomein met kleine boetieks, speciaalzaken en grote internationaal georiënteerde warenhuizen. De vingers van de hand zijn Arnheims woonwijken, die zich uitstrekken naar de heuvels en de bossen van de Veluwezoom en tussen de wijdgespreide vingers liggen de bekende stadsparken en buitenplaatsen zoals Sonsbeek, Zijpendaal, Mariëndaal, Angerenstein. Deze parken lopen weer over in de grote natuurreservaten van de Veluwe en zo kun je zeggen dat Arnhem als het ware ingebed ligt in de natuur.

Iets over de historie

Op de muur van het prachtig gerestaureerde 'Duivelshuis', waar ruim vier eeuwen geleden Maarten van Rossum, veldheer van Karel van Gelre, woonde, staat een passage van een teks waarin Graaf Otto II bekend maakte dat hij Arnhem in 1233 stadsrecht verleent.

Maar al eerder in de geschriften komt



. . . het prachtig gerestaureerde 'Duivelshuis' . . .



de naam 'Arneym' voor. In de 9e eeuw was Arnhem niet meer dan een kleine nederzetting, een dorpje met inwoners die zich in hun onderhoud voorzagen met akkerbouw, veeteelt, een klein beetje handel en handwerk. De geschiedenis van Arnhem is sterk verweven met die van Gelre. Er was een onophoudelijke strijd tussen de hoge edelen om de hertogelijke zetel. Arnhem ging langzamerhand fungeren als hoofdstad, graven en hertogen kwamen er vaak en graag, zo blijkt uit de 'hoge' stadsrekeningen. Arnhem is steeds zeer nauw betrokken geweest bij de strijd die Gelre voerde om haar onafhankelijkheid. Nu eens was de stad in handen van de Bourgondiërs, dan weer was ze Gelders bezit. Al dat geharrewar en dat geruzie kostte Arnhem handen vol geld. En het werd er niet beter op toen hertog Karel belangstelling voor de stad ging tonen. Karel hield van vechten en van het organiseren van grote landdagen; en om deze beide activiteiten te kunnen financieren moest keer op keer, via belastingheffing, een aanslag worden gepleegd op de portemonnee van de burgers. In de eeuwen die volgden op het bewind van Karel van Gelre (wiens graf nu nog te zien is in de Grote of Eusebiuskerk aan het Marktpllein) had Arnhem regelmatig ongewenste vreemdelingen op bezoek, onder wie de Spanjaarden, de Fransen en de Pruisen. In 1795 brak de periode van de Bataafse Republiek aan.

In het begin van de negentiende eeuw begon de stad te bloeien. Nederlanders die in de Oost en in de West goede zaken hadden gedaan, vestigden zich in het oosten van het land, met name in Arnhem en Nijmegen. De 'import' bracht niet alleen materiële welvaart, doch zorgde ook voor de ontwikkeling van het sociale en culturele leven. Zo werd in de 19e eeuw de 'kunst oefening' (de tegenwoordige Academie voor Beeldende Kunsten) gevestigd, Musis Sacrum (Arnhems Muziektempel) werd gebouwd, ziekenhuizen verzezen en dergelijke. Tegen het eind van de 19e eeuw stagneerde deze ontwikkeling en

zocht het stadsbestuur naar mogelijkheden om weer nieuw leven in de stad te pompen. Landgoederen werden aangekocht, congressen en tentoonstellingen georganiseerd en het toerisme gestimuleerd. Industrie werd slechts in beperkte mate toegelaten. Nu nog bestaat bij velen de indruk dat Arnhem hoegenaamd geen industrie heeft, terwijl – om maar iets te noemen – een enorm concern als de Akzo hier haar hoofdzetel heeft. De Tweede Wereldoorlog bracht de stad zware klappen toe. Bij de 'Slag om Arnhem' moesten alle inwoners evacueren en zij troffen bij hun terugkeer een volledig verwoeste stad aan. Slechts enkele huizen waren nog geschikt om in te wonen; van de prachtige grote gebouwen en kerken stonden nog slechts de fundamenten. De opbouw werd energiek aangepakt. Er werd een volkomen nieuwe stad gepland, die woon- en leefruimte aan de honderduizenden moest kunnen bieden.

Gastvrij Arnhem

Zoals uit de geschiedenis wel blijkt, moest Arnhem niets hebben van opgedrongen bezoek. Ongewenste vreemdelingen werden geweerd, maar vreemdelingen die met goede bedoelingen naar Arnhem kwamen en komen, werden en worden nog steeds met open armen ontvangen. Toen in de vroege vijftiger jaren het toerisme weer op gang kwam, verzezen er in Arnhem en omgeving talrijke hotels en pensions, teneinde de bezoekers uit binnen- en buitenland een goed onderdak te verschaffen. Door haar ligging tussen Noordrhinland-Westfalen en het Europoort-gebied is Arnhem een internationaal trefpunt. De stad en haar fraaie omstreken hebben de toerist veel te bieden en het is dan ook niet verwonderlijk dat zowel landgenoten als buitenlanders in groten getale naar de Zuid-Veluwe komen. Goede restaurants zijn er in Arnhem en het Zuid-Veluwse Gebied genoeg te vinden. De gastheren-restaurateurs

scheppen er eer in hun culinaire reputatie hoog te houden. Dat geldt voor alle bedrijven, of het nu de sterren-restaurants zijn, de pannekoekenhuizen, de snack-bars, de 'chinezen', de oude taveernes of de gezellig-moderne zaken. En voor de avonduren is er in Arnhem en omliggende plaatsen volop amusement. Café's, bars, dancings en nachtclubs zijn tot in de kleine uurtjes geopend (Korenmarkt).

Wie een concert of toneelstuk wil bijwonen, kan kiezen uit de gevarieerde programma's die de Stadschouwburg (grote zaal en kleine zaal), Concertgebouw Musis Sacrum of een van de moderne schouwburgen in de regio bieden. In het sport- annex manifestatiecomplex 'De Rijnhal' aan de zuidelijke oever van de Rijn vinden regelmatig – zowel overdag als 's avonds – evenementen plaats op het gebied van sport en spel. 's Avonds winkelen in Arnhem kan! Op donderdagavond zijn de winkels tot 21.00 uur geopend. En winkelen in Arnhems Citycentrum is een oergenoegelijke bezigheid. Het verkeer is er taboe; de wandelaar is koning. In alle rust kan hij rondneuzen in de kleine intieme winkels en boetieks, of in de moderne warenhuizen.

De Zuid-Veluwe, 'speeltuin van Nederland'

De 'speeltuin van Nederland', zo mag Arnhem en omgeving zeker genoemd worden. Nergens vindt je zoveel attracties zo dicht bij elkaar gelegen, als in het Zuid-Veluwse gebied.

Burger's Dierenpark. In Burger's Safaripark lopen leeuwen en leeuwinnen in volle vrijheid rond. Voor het raam van de speciale safaritrein kan men Koning Leeuw en zijn familie van zeer nabij gadeslaan. In het safaripark huizen niet alleen leeuwen. In het savannegedeelte lopen 300 Oost-Afrikaanse dieren broederlijk bij elkaar: giraffen, antilopen, zebra's, struisvogels,

flamingo's, neushoorns, gnoes en vele andere diersoorten.

Burger's Dierenpark herbergt 's werelds grootste particuliere dierenverzameling met rotspartijen en valleien voor roofdieren en beren. De chimpansee-kolonie en het wolvenbos verdienen bijzondere aandacht. Sinds kort worden er in het nieuwe, van de modernste apparatuur voorziene filmcentrum regelmatig films vertoond over het leven van de dieren. Fijn, vooral wanneer het niet zulk mooi weer is.

Komische dolfinen die plezier maken met elkaar, de verzorgers en het publiek, kunt u gaan zien in het Recreatiepark Ouwehand op de Grebbeberg in Rhenen. Dit prachtige park is alleen al een dagje uit waard. Er zijn – behalve een dierenpark met tijgers, leeuwen, apen, krokodillen, giraffen en zebra's – ook een zee- en zoetwateraquarium, een heerlijk natuurzwembad met zonneweide en restaurants met terrassen.

Rijnvaarten. 'Schuitje varen, theetje drinken', het is nog steeds een populaire vorm van vrijetijdsbesteding. Bootje varen op de Rijn, Waal en IJssel, dat kan . . . en wel per luxe schip. Naar het nabije Duitsland met wandelingen langs de Rheinpromenade in Emmerich, of naar romantisch, stille dorpjes en oude Hanzestadjes in de Gelderse Achterhoek. Gedurende de periode Pasen tot eind september vertrekken er iedere dag vanaf de Rijnkade in Arnhem salonschepen voor korte of langere plezierreizen.

Openlucht Museum. Buren van Burger's Dierenparkbewoners in Arnhem zijn de windmolens en boerderijen van het Nederlands Openlucht Museum. Het heet weliswaar 'museum', maar het lijkt er in de verste verte niet op. Alle bouwwerken die in dit park met zijn hoge bomen, weiden en vijvers met grote precisie werden herbouwd, zijn authentiek. Zo kun je er een papiermolen in bedrijf zien en een dorpsbrouwerij, boerschuren en oude wagens. Een verademing is het



. . . klederdrachten in het Openluchtmuseum . . .

om in de kruidentuin rond te wandelen, waar je alle mogelijke informatie kunt krijgen over de wonderbaarlijke geneeskrachtige werking die aan de sappen van verschillende planten wordt toegekend. Na de wandeling is het goed toeven in de gezellige dorpskerk. En vergeet niet een kijkje te nemen bij de mooiste verzameling klederdrachten van Nederland, die in een apart gebouw op het terrein van het Openluchtmuseum is ondergebracht.

Over musea gesproken: de provincie Gelderland telt er bijna vijftig en de Zuid-Veluwe is er rijk mee bedeed. Denk alleen maar eens aan het Rijksmuseum Kröller Müller, fraai gelegen midden in het Nationaal Park 'De Hoge Veluwe'. Natuur en cultuur gaan daar hand in hand. De unieke collectie van het Kröller Müller Museum omvat maar liefst 272 werken van Vincent van Gogh, plus schilderijen van zijn tijdgenoten en 20e-eeuwse schilders: Picasso, Mondriaan, Juan Gris en anderen. In de beeldentuin achter het museum zijn de meesterwerken van Rodin,

Hepworth, Henry Moore en vele anderen te bewonderen. Ze staan opgesteld in een glooiend landschap, tussen vijvers en bloemen, bij boomgroepen en op grasvelden, omringd door rhododendrons.

Arnhems Museum. Het Arnhems Museum, onder directie van Pierre Jansen, is een van de belangrijkste streekmusea van ons land. Geen stoffige verzameling kunstobjecten, waar je niet eens naar mag wijzen en waar je voorzichtig op je tenen langs loopt nee, gewoon een huis met mooie dingen, waar je even binnen stapt en voelt dat je er welkom bent. Pierre Janssen zegt er zelf van: 'Een museum waar je kunt kijken naar wat je leuk vindt'; oude of moderne kunst, schilderijen en gebruiksvoorwerpen, prachtig porcelein, steeds wisselend werk van Gelderse kunstenaars, een dia-presentatie en een uitblaasruimte waar je kunt koffiedrinken, dammen, schaken of puzzelen of zo maar – het woord zegt het al – even uitblazen.

Nooit in Bronbeek geweest? Een wit gebouwencomplex aan de weg

Arnhem-Velp. Hier genieten oud-militairen, die in het toenmalige Indië hebben gediend, van een rustige oude dag. Bronbeek is tevens museum. In de lange gangen staan gebruiksvoorwerpen en kunstschaten uit Java, Sumatra, en Nieuw Guinea. En aan elk voorwerp is wel een herinnering verbonden.

Herinneringen aan de Slag om Arnhem bevat het Airborne Museum, in Oosterbeek. Het museum laat aan de hand van foto's, maquettes, wapens en dergelijke zien wat zich tijdens de Slag om Arnhem, in september 1944, in deze contreien heeft afgespeeld.

In de zuidelijke vleugel van Kasteel 'De Doorwerth' bevindt zich sinds kort het Museum voor Wildbeheer 'Het Nederlands Jachtmuseum'. Hier wordt duidelijk gemaakt dat een goed wildbeheer in ons land een noodzaak is. Weinigen weten over het hoe en waarom van het op peil houden van de wildstand in Nederland, dat de jacht derhalve een noodzakelijk en uiterst nuttig iets is. Niet alleen jagers en jagenden maar iedereen die iets meer wil weten over het wildbeheer en de studie van de wildstand, zou eens in dit museum kunnen gaan rondkijken.

Wellicht is mede door het voorgaande uw nieuwsgierigheid gewekt of vergroot en wilt u meer gedetailleerde informatie over het Zuid-Veluws gebied ontvangen. Belt of schrijft u gerust naar de VVV, Stationsplein 45 in Arnhem, tel. 085-452921. Gidsen, brochures, kaarten, routebeschrijvingen en alle mogelijke tips voor een dagje, een weekend of een paar weken uit aan de Zuid-Veluwe worden u graag verstrekt.



... in de beeldentuin van het Kröller Möller Museum een meesterwerk van Hepworth ...

Van patiënt tot psychiatrie

Bevolkingsenquête: opzet en uitkomst

Om een model te kunnen maken van de ambulante en kortdurende klinische psychosociale hulpverlening zette St.-Bavo's Visie Commissie een onderzoek op naar het vóórkomen van psychische problematiek en de op dit vlak aanwezige hulpbehoefte onder de Nederlandse bevolking.

Proefenquêtes

Eerst werden op kleine schaal proefenquêtes gehouden. Er werd gebruik gemaakt van twee soorten vragenlijsten, een korte en een lange, beide met gesloten en open vragen. Er werd zowel aan huis als over de post geënkquêteerd.

Duidelijk werd dat over de post enquêteren niet de aangewezen weg was, daarvoor was de respons te gering. Het eigenlijke onderzoek zou dus de vorm krijgen van een huisdeurenquête.

Voor dat grote onderzoek werden de korte en de lange vragenlijst samengevoegd; gebleken was dat de totale lijst in de redelijk te achten tijd van één uur kon worden afgewerkt. Gaten in de lijst die de commissie níet, maar een enkele vooraf geënkquêteerde wél waren opgevallen konden worden opgevuld. Een extra vooronderzoekje bracht geen onterecht 'vergeten' onderwerpen meer aan het licht.

De deelnemers zouden het vragenformulier zelf invullen. De rol van de enquêteur of enquêtrice zou zich beperken tot het uiteenzetten van doel en nut van het onderzoek, het verklaren van de manier waarop de lijst moest worden ingevuld en eventueel het verlenen van bijstand van technische aard.

door **R. E. Offerhaus**, zenuwarts



Enquête

Eind 1976 belden de enquêteurs aan bij 2.110 huishoudens, die een week tevoren een introductiebrief in de bus hadden gekregen. In 501 gevallen werd medewerking geweigerd. In 210 gevallen trof men tot driemaal toe niemand thuis; deze mensen werden nogmaals over de post benaderd, 21 van hen zeiden daarop ja. In totaal konden dus $2.110 - 501 - 210 + 21 = 1.420$ huishoudens worden geënkquêteerd. Daar 239 maal in één huis twee gesprekken konden worden gevoerd, één met een ouder en één met een kind van boven de 16, werden uiteindelijk 1.659 beantwoorde vragenlijsten geteld. Deze waren afkomstig uit het hele land en ingevuld door een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking met één 'maar': De oorspronkelijke steekproef van 2.110 adressen mocht representatief worden geacht voor de Nederlandse bevolking. Bij de uitval was de klasse D1, die der geschoolde arbeiders, echter in sterkere mate vertegenwoordigd dan de overige sociale klassen en ook in sterkere mate dan algemeen bij

bevolkingsonderzoeken gebruikelijk is: terwijl in de overige klassen het deelnemingspercentage lag tussen de 70% en 83%, deed in de klasse D1 slechts 56% van de gevraagde deelnemers mee. Dit betekent, dat de uitkomst van de enquête in het algemeen geldig kan worden verklaard voor zo'n driekwart van de Nederlandse bevolking boven de 16 jaar, met uitzondering van de hogere volksklasse.

Uitkomst

De Visie Commissie was met name geïnteresseerd in:

- de mate waarin men op verschillende levensgebieden problemen ontmoet;
- de mate waarin men last heeft van stoornissen die men in verband brengt met psychische overbelasting;
- de mate waarin men hulp wenst; en
- de manieren waarop men in het algemeen zijn problemen probeert op te lossen of te hanteren.

Op het enquêteformulier waren daarvoor drie rubrieken gecreëerd: levensgebieden, stoornissen en een biografische vragenlijst.

Levensgebieden

De deelnemers konden op ieder van zestien levensgebieden aangeven welke overeenstemming er bestond tussen hun eigen situatie en een geschetste (ideaal)situatie, in hoeverre ze op dat gebied problemen hadden, zo ja welke, of hun probleem huns inziens wel of niet oplosbaar was en of ze het zelf dan wel met behulp van

anderen dachten te kunnen oplossen, naar wie in het laatste geval hun voorkeur uitging en of de betreffende persoon of instantie naar hun mening ook het best hulp zou kunnen bieden, en of ze ter plaatse al hulp hadden gezocht. De gebieden waarover deze vragen werden gesteld waren: cultuur, vrienden, vrije tijd, huwelijk, werken, seksualiteit, ouderlijk gezin, wonen, geld, mijzelf, kinderen, sociale groep, familie, toekomst, schoolopleiding en zekerheden en onzekerheden. Een verschil tussen ideale en eigen situatie hoeft niet altijd een probleem voor iemand in te houden; dat hangt af van de betekenis die het desbetreffende terrein voor hem heeft (zie ook inleidend artikel). Grote verschillen tussen de beschreven ideaalsituatie en de eigen situatie werden aangegeven op de gebieden cultuur, school, geld, zekerheid, toekomst en vrienden. Minder grote, maar altijd nog aanzienlijke verschillen tussen ideaal en werkelijkheid bleken uit wat werd genoteerd op de gebieden werken, wonen en vrije tijd. Levensgebieden waarop een verschil tussen de eigen situatie en de ideaalschets werden vermeld terwijl dat verschil naar het zeggen van de invullers problemen voor hen opleverde waren met name toekomst, wonen, werken, school, geld en vrije tijd; hulp van anderen werd hier ook het meest nodig geoordeeld. Theorie en onderzoekuitkomst stemden hier dus duidelijk overeen. De levensgebieden huwelijk, seksualiteit en kinderen werden gescheiden geanalyseerd voor personen met en personen zonder partner. Het percentage mensen dat zei met seksuele problemen te kampen was in beide groepen even groot. Het percentage mensen voor wie een verschil met de geschetste situatie met betrekking tot kinderen tot problemen leidde was bij de partnerlozen driemaal zo groot als bij de mensen met een partner. Het percentage partnerlozen dat met het leven zonder partner problemen heeft bleek vijfmaal zo groot als het percentage mensen met een partner die problemen met die partner hebben. Voor hulp bij problemen op welk levensgebied ook wendt men zich het liefst tot de eigen partner of familie; deze kunnen, vond men, ook het best hulp bieden. De antwoorden op de vraag of men wel eens met anderen over problemen had gepraat stemmen

hiermee overeen. Het eerst wendde men zich tot de eigen partner, vader of moeder; in de tweede plaats tot broer of zus, huisarts en pastor; in de helft van de gevallen waren verder burens, collega's of vrienden, het maatschappelijk werk of onderwijzend personeel ingeschakeld en in 16% van de gevallen een psycholoog, een psychiater of een gespreksgroep.

Naar soort onderscheiden, werd zakelijke hulp het meest gewaardeerd bij woonproblemen, zorgen om geld, werk en vrije tijd, zouden de pastor en de onderwijzer de beste gesprekspartners zijn bij schoolproblemen, zorg om de toekomst en gevoelens van onzekerheid, en werden de psycholoog en de psychiater het meest kundig geacht als hulpverleners op relationeel terrein (vrienden, huwelijk, seksualiteit, ouders, toekomst, maar ook nog werken). De maatschappelijk werk(st)er en de huisarts bleken niet te worden gezien als mensen die in hun beroep op specifieke levensgebieden zijn georiënteerd; zij werden op alle terreinen genoemd als personen met wie men bij voorkeur over problemen zou willen praten.

De Nederlander met problemen zoals deze uit de enquête verschijnt lijkt met name een zakelijke, tot een oplossing leidende aanpak voor te staan. 'Ik probeer altijd of meestal logisch te redeneren', zegt 70% van de geënquêteerden; ook 70% probeert de werkelijkheid nuchter onder ogen te zien, en 63% zegt: 'Er zijn nu eenmaal verschillen in opvatting'; 66% probeert zich zo te gedragen dat het probleem wordt opgelost, 60% denkt over een oplossing na, 48% zoekt naar regels volgens welke hun probleem moet worden opgelost en 40% probeert het uit te praten met degene die het probleem heeft veroorzaakt. Nuchtere mensen, kortom. Maar er zijn ook anderen. Mensen die een probleem ontwijken ('Ik ga iets anders doen', 'Ik probeer er zo weinig mogelijk aan te denken', 'Ik probeer het te vergeten'), zo'n 20% van de ondervraagden. Of mensen die de problematiek juist ondergaan ('Ik word verdrietig', 'Ik raak in de war', 'Ik lijd eronder', 'Ik keer in mezelf'), tussen de 10 en de 15%. Of mensen die kwaad worden (6%) of een borrel pakken (4%).

Er blijken zich globaal gesproken vier soorten *reacties* voor te doen:

- men probeert het probleem op te lossen;
- men probeert nuchter te reageren;
- men ondergaat het probleem;
- men ontwijkt het probleem en probeert het te vergeten.

Stoornissen

Stoornissen – te definiëren als een uitvloeisel van onopgeloste, langdurig bestaande psychische problemen – kwamen hierboven nog niet aan de orde. In het deel van de vragenlijst dat ging over de levensgebieden was er sprake van een verschil tussen ideale situatie en eigen situatie, van het eventueel ervaren van dit verschil als een persoonlijk probleem, van adressen waartoe men zich dan het eerst (of het best) zou (kunnen) wenden, van reeds bij psychosociale problematiek ondervonden hulp en aan de eigen wijze van reageren op probleemsituaties. Het voorkomen van stoornissen werd apart in de enquête geïntroduceerd, en wel in de vorm van vragen over 'een aantal zaken die mensen bij zichzelf kunnen tegenkomen'.

Concreet werd gevraagd of men de laatste twaalf maanden één of meer van de op het formulier vermelde verschijnselen bij zichzelf had opgemerkt. Die verschijnselen waren: wakker liggen van de zorgen; kalmeringsmiddelen gebruiken; je voortdurend moe voelen; je overbelast voelen; gespannen en nerveus zijn; je somber voelen; het gevoel hebben dat het allemaal geen zin heeft; het idee hebben dat het steeds slechter met je gaat, dat je sterk achteruitgaat; dat je dingen gaat doen alleen maar omdat je rusteloos bent; slaapmiddelen gebruiken; het gevoel hebben dat je er niet meer tegenop kunt; meer alcohol gebruiken dan je gewend bent; het idee hebben dat je veranderd bent, dat je jezelf niet meer bent; moeilijkheden hebben in de relatie met je vader en moeder; dat je werk slechter gaat; slechte eetlust hebben; je eenzaam voelen; het gevoel hebben dat je weinig of geen echt contact hebt met de mensen; het gevoel hebben dat je je werk niet meer kunt doen zoals vroeger; je rusteloos voelen; je niet fit voelen; ruzie hebben met anderen; moeilijkheden in de seksuele sfeer hebben; met je vrije tijd geen raad weten; dat je het niet meer kan schelen wat er met je gebeurt; veel

huilen; bij het werk afgeleid zijn; moeilijkheden hebben in de relatie met je vrouw/man/partner; het idee hebben dat de omgeving niet meer echt aandoet; andere dingen waarvan men wel eens last heeft.

Bij het opstellen van deze lijst was geen keuze voor een bepaald model gemaakt. De lijst bevat zowel elementen uit het medische model als elementen uit het sociale en het psychotherapeutisch model, om de uit de psychiatrische theorie bekende indeling van Arthur aan te houden. Het gaat zowel om feitelijkheden als om gevoelens, sociale, seksuele en relatieproblematiek; subjectieve en objectieve elementen lopen door elkaar.

Onderdelen waarop hoog werd gescoord waren: gespannenheid en nervositeit (15%), moeheid (11%), je niet fit voelen (10%), het werk gaat slechter (8%), je overbelast voelen (7%), rusteloosheid (6,5%), je somber voelen (6,5%), eenzaamheid (6%), kalmeringsmiddelengebruik (6%), slaapmiddelengebruik (5%), gevoel

van zinloosheid (4,5%), wakker liggen van de zorgen (4%), het idee hebben dat alles slecht gaat (3%), overige lichamelijke klachten (totaal 2,5%).

Biografische vragenlijst

Als aanvulling werd de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) gebruikt, een veel gebruikte lijst waarmee een groot aantal verschijnselen van overbelasting stoornissen en dysfuncties kan worden geregistreerd.

Blijkens de antwoorden op de ABV-vragen voelt 15% zich eenzaam, beoordeelt 27% zichzelf als prikkelbaar, noemt 33% zichzelf nerveus, heeft 25% slaapklachten, voelt 20% zich vaak lusteloos en moe, heeft 29% wel eens geldzorgen, voelt 53% zich wel eens rusteloos, voelt 29% zich wel eens doodongelukkig, staat 26% 's morgens niet fris en uitgerust op, heeft 16% slaapstoornissen door zorgen, heeft 15% wel eens last van nachtmerries en

voelt 9% zich meestal slap.

Meer lichamelijk getinte klachten: 31% zweet snel, 15% heeft last van klamme handen, 22% heeft vaak last van hoofdpijn, 15% heeft klachten over hartkloppingen, 8% heeft maagklachten, 21% heeft een waas voor de ogen, 17% klaagt over kortademigheid, 15% voelt zich lichamelijk niet gezond, 6% heeft klachten over diarree, eveneens 6% klaagt over zijn eetlust. In het jaar vóór de enquête had 25% van de ondervraagden naar eigen zeggen één tot zeven dagen wegens ziekte verzuimd, 13% een week tot een maand, 9% meer dan een maand. De laatste twee jaar was 45% onder doktersbehandeling; 24% was in het verleden lang achter elkaar ziek.

Wie alle vragen volledig had ingevuld verschaft de onderzoekers 383 gegevens. Hierboven werd een aantal ervan stuk voor stuk opgevoerd. In een volgend artikel willen we bekijken op welke manieren in die omvangrijke massa feiten structuur is aangebracht.

Interimadvies Centrale Raad voor de Volksgezondheid

Ontwikkeling opleidingen verpleegkunde

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een interimadvies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde uitgebracht.

De conclusies en aanbevelingen uit dit interimadvies kunnen als volgt worden samengevat:

– Binnen de te herstructureren gezondheidszorg zullen verpleegkundigen zowel in de positieve, de preventieve als de curatieve en revaliderende gezondheidszorg een taak hebben. Het betreft hierbij steeds taken in een hulpverleningsproces aan mensen die zich in *verschillende situaties* bevinden, die bedreigd en/of gestoord zijn in hun gezondheid en die uitdrukkelijk hulp behoeven met betrekking tot hun levensverrichtingen.

– Op alle terreinen en op alle niveaus van de gezondheidszorg liggen verpleegkundige taken met verschillende graden van gecompliceerdheid. Naarmate meer verschillende factoren een rol spelen, die meer kennis, vaardigheid, integratie, etc. vragen, zal een en ander ook een hoger

opleidings- en/of ervaringsniveau van de verpleegkundige vragen. Uitgangspunt is de gedachte dat het beroep van verpleegkundige steeds vanuit *een zelfde grondhouding*, die specifiek is voor het beroep, wordt vervuld en in wezen een ondeelbaar beroep is.

– De *doelstelling* van de opleidingen kan dan ook niet anders dan ondeelbaar zijn: de leerling moet voorbereid worden op zelfstandig functioneren als beginnend beroepsbeoefenaar op de onderscheidene werkterreinen.

– De concrete *inhoud* van de opleiding bestaat uit de verwerving van cognitieve, psychomotorische en relationele vaardigheden die passen in het concept van een 'integrale verpleegkunde' als bovenbedoeld. Dit proces zal moeten plaatsvinden in school- en in praktijksituaties.

Brede opleiding

Het bestaan van verschillende regelingen voor de opleiding tot diverse diploma's verpleegkundige (A, B, Z, MBO-V,

HBO-V) en voor de opleiding tot het diploma ziekenverzorg(st)er, waaruit blijkt dat de ontwikkeling naar een integrale verpleegkunde nog niet is voltooid, geeft volgens de Centrale Raad aanleiding om te pleiten voor een geleidelijk verlopend proces van verdere ontwikkeling tot beroepsopleidingen, gericht op het functioneren van de verpleegkundige op het brede terrein van de gezondheidszorg, in plaats van op het functioneren in één soort instellingen. Daarna zal dan moeten worden gezien welke vervolgoopleidingen c.q. specialisaties voor bepaalde specifieke taken noodzakelijk zullen zijn. De keuze voor het opleidingsmodel voor het beroep van verpleegkundige moet in de eerste plaats worden bepaald door een adequate conceptie van het beroep.

Enige aspecten van automatisering in de klinische chemie

De automatisering is een der jongste kinderen van de medische vertechnisering. Zij begon aan het eind der vijftiger jaren in de USA en breidde zich in de jaren zestig uit naar Europa.

Nadat de auto-analyser gedurende meer dan tien jaar de markt had beheerst zijn in de laatste tijd ook in Europa apparaten verschenen, verschillend in bouw en automatiseringsniveau. Voordat gemechaniseerde apparaten worden aangeschaft is een onderzoek binnen het laboratorium vereist.

Verder moeten verschillende factoren die voor of tegen een automatisering zijn aan te voeren tegen elkaar worden afgewogen. De mogelijkheid bestaat dat na afwegen van de voor- en nadelen een automatisering niet hoeft plaats te vinden of zelfs niet wenselijk is.

Factoren voor en tegen de automatisering

Positieve punten

Grote series (veel dezelfde bepalingen)
Regionale opdrachten
Kwaliteitscontrole
Kwaliteitsverbetering

Negatieve punten

Investeringen
Kleine series (weinig dezelfde bepalingen)
Bereikbare dienst (nacht- en weekenddienst)
Citobepalingen (spoedbepalingen)
Automatisering der citobepalingen.

Voor de factor personeel moet van te voren worden gezegd dat de eisen, wat hun technische kennis betreft, met de automatisering groter zullen worden. De bediening van volledig

Samenvatting

De jongste ontwikkeling in de klinische chemie wordt gekenmerkt door een nieuwe oriëntering. De automatisering en het verwerken der resultaten met computers nemen langzamerhand de plaats in van de oorspronkelijke manuele methoden. Weliswaar ligt het begin van het in bedrijf nemen van automaten voor seriebepalingen reeds tien jaar achter ons, maar de integratie in het ziekenhuisbedrijf en de coördinatie met de gegevensverwerking door middel van computers worden pas kort gerealiseerd.

De automatisering heeft niet alleen voordelen gebracht maar ook nadelen die niet over het hoofd mogen worden gezien. De mogelijkheid bestaat dat na afwegen van de voor- en nadelen een automatisering niet hoeft plaats te vinden of zelfs niet wenselijk is. De automatisering is immers niet een doel op zichzelf maar dient om een bestaande overbelasting te overwinnen.

door **Dr. L. van Leeuwen**



Dr. L. van Leeuwen is als klinisch chemicus verbonden aan het klinisch chemisch laboratorium van het Havenziekenhuis te Rotterdam.

geautomatiseerde analysesystemen door ongeschoold personeel is slechts in de prospectussen te realiseren.

Seriegrootte (aantal dezelfde bepalingen). Het belangrijkste en gelijktijdig meest hanteerbare beslissingsfeit levert de seriegrootte (aantal dezelfde bepalingen). Meestal is dit beoordelingspunt ook

doorslaggevend voor een toestemming of afwijzing van de aanvraag. Uit eigen ervaring is gebleken dat een seriegrootte kleiner dan 10 analyses geen automatisering vereist. Bij 10 tot 20 bepalingen per dag kan de analyse worden gemechaniseerd; dat betekent dat de verdunning of de berekening van de extinctiewaarden in de einduitslag worden geautomatiseerd. Bij meer dan 30 bepalingen is een partiële automatisering wenselijk en bij 40 bepalingen en meer is een volledige automatisering gerechtvaardigd. Aan de andere kant bestaat het gevaar dat bij dit beoordelingsaspect het aantal analyses kunstmatig omhoog wordt gedreven om de seriegrootte automatiseringsrijp te laten worden. De belangrijkste beoordelingsfactor ten nadele van de automatisering is het benodigde personeel toch zo groot te laten zijn dat de nacht- en weekenddienst uitvoerbaar blijft. Het is zinloos zo ver te automatiseren dat het noodzakelijk aantal analistenplaatsen om deze diensten in

stand te houden zou leiden tot een niets doen van deze medewerkers.

Investering. Aan de negatieve kant van de beoordelingsfactor moeten toch ook en met recht de hoge aanschaffingskosten, bij kleinere series niet lonend, worden genoemd.

Regionale opdrachten. Heeft het ziekenhuis regionale opdrachten te vervullen dan kunnen extramurale analyse-aanvragen samen met de intramurale opdrachten worden afgehandeld. Dit werkt gunstig op het rendement en de economische verantwoording van een analyser. De eigen behoeften mogen daar nooit onder lijden.

Het citoverkeer (de spoedbepalingen). Nadelig voor de automatisering zijn de citobepalingen, immers met de automatisering is het moeilijk geworden dringende bepalingen er snel even tussendoor te doen. De oplossing is dan een apart citolaboratorium, met methode automatisatie, bijvoorbeeld glucose-analyser. Het is duidelijk dat dit een tweede nadelig gevolg is van de automatisering. Er zijn tegenwoordig echter ook automaten die hun toepassing hebben voor plotseling een citobepaling er tussendoor. Deze bepaling is echter wel duurder. Het is dan ook onbegrijpelijk dat de vergoeding van de ziekenfondsen

voor citobepaling in het algemeen dezelfde is als de gewone routinebepaling. Het is vanuit medisch standpunt bezien evenwel wenselijk dat deze bepalingen worden uitgevoerd; het gaat immers om de optimale behandeling van de patiënt.

Kwaliteitscontrole. Een belangrijk aspect van de automatisering is haar bijdrage tot de kwaliteitscontrole. Door het regelmatig werken bij constante parameters (reagentia, monsters pipetteren, reactietemperatuur) kon de ontoereikende accuratesse der bepalingen in de laatste jaren worden verbeterd. Derhalve heeft de analyse-automatisering de mogelijkheden voor een verbetering der reproduceerbaarheid tegenover de manuele methode laten zien. De grote betekenis van de kwaliteitscontrole inziend, zijn in vele landen acties ondernomen om met de uitwisseling van monsters en gegevens elkaars methoden en kwaliteit te controleren. De inter- en intra-laboratoriumcontrole helpt derhalve bij het vaststellen van zowel de precisie als de accuratesse van de verschillende analyses. Het is duidelijk dat de wens bestaat dat de resultaten onafhankelijk zijn van methode en instrument. Op deze wijze kan men die wens controleren en proberen waar te maken. Een volledig gecoördineerde automatisering, die nog een stap

verder gaat (monstercodering + automatische berekening) is niet alleen goed voor de rationalisatie, maar vermindert bovendien verwisseling, reken- en overdrachtsfouten.

Kostenontwikkeling. Nu in de ziekenhuissector de kostenontwikkeling een enorme omvang heeft aangenomen begint deze ook in het ziekenhuislaboratorium langzamerhand een rol te spelen. Hoewel het ziekenhuislaboratorium in de regel tot die bedrijfstak wordt gerekend die zichzelf kan bedruipen, laat een balans zich door middel van een kostenberekening nauwelijks vaststellen. Temeer daar de verschillende afdelingen binnen de ziekenhuiswereld zo sterk van elkaar afhankelijk zijn en in elkaar grijpen blijft een juiste berekening uiterst gecompliceerd.

Van de andere kant valt weer niet te ontkennen dat de personeelssalarissen en het apparatenbestel zulk een grootte van orde hebben bereikt dat bedrijfseconomische berekeningen bij nieuwe investeringen noodzakelijk zijn. De aanschaf van apparaten mag niet door prestigegegedachten zijn bepaald, maar moet zakelijk worden afgewogen waarbij economische mogelijkhedenberekeningen moeten worden opgemaakt. Tevens moet er voor elke analyse-opdracht een indicatie te geven zijn.

PRAKTIJKPERIKELEN

Adequaat

Bij mijn benoeming als specialiste in ziekenhuis Y zegde de voorzitter van het bestuur toe alle medewerking te verlenen bij het verkrijgen van adequate huisvesting. Hij had immers een kort voor mij benoemde en een na mij in functie tredende mannelijke collega aan een riante villa geholpen, eigendom van het grote bedrijf waarvan hij directeur was.

Wie schetst echter mijn verbazing toen mij een huurwoningwetwoninkje werd toegewezen, tussen de arbeiders van bedoelde fabriek. Arbeiders met heel wat meer beschaving dan hun directeur. Tenslotte zijn ongehuwde vrouwen wezens die anders behandeld dienen te worden dan hun mannelijke collegae – dat begint al bij ons belastingstelsel.

Predikaat

'In ons provinciestedje is een volleybalclub voor artsenvrouwen. Dat zou een mogelijkheid zijn nog iets aan sport te doen. Ik belde derhalve de voorzitter, collega én artsenvrouw. 'Nee, dat kan niet. U bent toch geen artsenvrouw.' Inderdaad ben ik geen artsenvrouw, doch slechts vrouwelijk arts. Het predikaat 'artsenvrouw' staat daar kennelijk ver boven. Mogelijk zouden echtgenoten van vrouwelijke artsen wel welkom zijn.'

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Twée consilia van Andreas Vesalius

Wanneer men met een moeilijk ziektegeval in de praktijk geconfronteerd wordt, is het een normale gang van zaken dat men een collega om advies vraagt. Meestal ziet deze de patiënt dan in consult en geeft hij zijn visie schriftelijk of mondeling, waarna – soms na een teambespreking – de uiteindelijke beleidslijn wordt uitgestippeld en de therapie, hetzij medicamenteus, hetzij operatief, wordt ingesteld. Voordat de uiteindelijke beslissing hoe te handelen wordt genomen, wordt getracht middels laboratoriumonderzoek, röntgendiagnostiek etc. een dieper en duidelijker inzicht in het ziekteproces te verkrijgen. Naast deze zuiver medische behandeling draagt ook het oordeel van de patiënt zelf bij om tot de uiteindelijke gedragslijn te geraken, volgens welke de als juist geachte behandeling zal dienen plaats te vinden.

Het consulteren van een oudere, meer ervaren en meestal hooggeleerde collega was in voorbije tijden – we spreken nu van de 16e eeuw – geen sinecure. In een groot aantal gevallen werden deze consulten schriftelijk afgedaan en ging de geconsulteerde af op de schriftelijke informatie die hem werd verstrekt door de behandelend geneesheer, zonder in de gelegenheid te zijn geweest de patiënt zelf te onderzoeken. De communicatiemogelijkheden waren immers niet van dien aard dat men gemakkelijk de hulp kon inroepen van een hooggeleerde, verbonden aan een vaak vele dagreizen verder gelegen universiteit of hogeschool. Slechts de zeer rijken konden het zich permitteren een vermaarde medicus van verre in consult te roepen, die dan bereid was zijn kennis en kunde aan

door **Dr. H. L. Houtzager**



Uit het Medisch-Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit (hoogleraar-directeur Prof. Dr. G. A. Lindeboom).



Andreas Vesalius op 27-jarige leeftijd

het ziekbed van de patiënt aan te wenden. In feite konden alleen vorstelijke personen zich deze geneeskundige luxe permitteren.

Het was dan ook, zoals gezegd, usance schriftelijk hulp in te roepen en dan soms weken af te wachten wat het antwoord voor therapie zou opleveren, zo deze nog kon worden aangewend. Meestal werden deze zogenaamde consilia pas ingeroepen wanneer de nood het hoogst was en voor de patiënt de mogelijke redding toch nog te laat kwam.

Van een aantal coryfeeën der geneeskunde uit het verleden zijn deze schriftelijke adviezen ons bewaard gebleven. Als 'klinische lessen' werden ze soms na de dood van de consulent uitgegeven, vaak als appendices aan medische werken toegevoegd.

Zo zijn ook van *Andreas Vesalius* (1514-1564) een zestal consilia tot ons gekomen, waarvan er vijf na zijn dood werden gepubliceerd. Waarschijnlijk is hij veel vaker schriftelijk in consult geroepen, maar aangezien de bewaard gebleven klinische lessen voor het merendeel belangrijke personages golden zijn ze van een zodanig belang geacht dat ze voor het nageslacht behouden zijn.

De hierna volgende te bespreken twee consilia betreffen Nederlanders voor wier ziektegeval de hulp en adviezen van Vesalius werden ingeroepen.

Consilium aan Pieter van Foreest

Het eerste consilium betrof een advies dat door Pieter van Foreest (1522-1597) in 1556 aan Vesalius werd gevraagd. Van Foreest, die in Alkmaar was geboren, bekwaamde zich aanvankelijk aan de universiteit te Leuven in de beginselen der geneeskunde; aan deze universiteit was zijn stadgenoot Petrus Nannius hoogleraar bij het Collegium

Trilingue. Daarna maakte hij een studiereis naar Italië, waar hij aanvankelijk geneeskunde studeerde in Bologna doch later ook in Padua de lessen volgde van Vesalius en Montana. Op 29 april 1543 promoveerde hij, wederom in Bologna, tot doctor in de geneeskunde. In de zomer van 1544 verbleef hij enige tijd te Rome in het nosocomium Santa Maria della Consolazione, waaraan toenmaals de Nederlander Gijsbert van der Horst was verbonden. Van mei 1546 tot januari 1558 treffen we Forestus weer aan in Alkmaar, nu als medicus practicus. Sedert 1588 was hij stadsdoctor te Delft, waar hij zich een grote vermaardheid verwierf. In deze periode behandelde hij niet alleen verschillende malen Willem van Oranje als lijfarts, maar werd hij ook aangezocht om de inhuldigingsplechtigheid van de Leidse Universiteit in 1575 met zijn aanwezigheid als hoogleraar in de geneeskunde op te luisteren. Het consilium aan Forestus gaf Vesalius omstreeks 1556, in de tijd dus dat Van Foreest nog prakticeerde in Alkmaar. De naam van de patiënt kennen we niet, wel kunnen we uit de door Vesalius gegeven adviezen vernemen, dat het ging om een patiënt bij wie na een ernstige neusbloeding verlamingsverschijnselen van de onderste extremiteiten waren opgetreden, gepaard gaande met sensibiliteitsstoornissen. 'Onder voorbehoud van uitvoeriger mededelingen van de behandelende geheesheer', aldus Vesalius*, 'ben ik van mening, dat de uitmonding van de aderen in de neus door overvloedige toevloed van gal, die zich met het bloed heeft vermengd, zijn aangevreten en dat daardoor een overvloedige uitstorting van bloed is ontstaan . . . ' Vesalius nu is van mening, dat er ten gevolge van deze bloeding een zwakte is opgetreden van de spijsverteringsorganen, met als gevolg een vochtophoping in het lichaam. Daarenboven kunnen zich juist in de kniegewrichten en de elementen van het zenuwstelsel slijmachtige vochten hebben gevormd van dezelfde aard als die welke naar

wij weten spontane ontwichtingen teweegbrengen bij jonge mensen en zelfs bij volwassenen'. Vesalius is dan ook van mening, dat enerzijds het lichaam moet worden ontwaterd en dat anderzijds door actieve en passieve oefening de benen in beweging moeten worden gehouden: 'Niets toch maakt zelfs een gezond zenuwstelsel zo zwak, wekelijk en overgevoelig als rust gepaard met het verwaarlozen van maatregelen om de levenskracht te prikkelen etc.' De vochtafdrijving dient met lokaal geappteerde middelen plaats te vinden: 'Vervolgens zou ik benen en voeten met droge omslagen verwarmen, namelijk met gierst of fenegriek [hoornklaver], met zemelen en veel zout in een ijzeren schotel verwarmd en daarna in brede zwachtels gevouwen, waarmee de benen kunnen worden ingewikkeld.' Tevens raadt Vesalius guaiaichout aan als therapie, waarbij hij er kennelijk van uit gaat dat de wijze van gebruiken van dit medicament aan Van Foreest bekend is. Van Foreest, die veel van de door hem behandelde ziektegevallen te boek heeft gesteld, heeft in het tiende deel van zijn 'Observationes et Curationes' het consilium van Vesalius opgenomen. Deel 8 tot en met 10 zijn in 1590 in één band uitgekomen bij Plantijn te Leiden. In het tiende deel behandelt Forestus de ziekten van het hoofd. Op pagina 694 tot 696 vermeldt hij Vesalius' consilium, waarna hij dit advies op pagina 696 tot en met 700 commentarieert. Ook in de verzamelde werken van Van Foreest, waarvan de eerste druk in 1619 in Frankfurt verscheen, komt het advies van de lijfarts van Karel V en Philips II weer voor.

Consilium Prins van Oranje

Hoewel het advies aan de Prins van Oranje door de grote Vesalius-kenner Cushing wordt gerekend tot de consilia, is er in dit geval geen sprake van een klinische les doch slechts van een briefje, door Vesalius persoonlijk in het Frans aan Prins Willem van Oranje – de latere Vader des Vaderlands – gericht. Dit consilium is ook nooit in gedrukte vorm opgenomen geweest in enig leerboek uit Vesalius' tijd; ook later is dit niet het geval geweest. In 1930 wordt de brief genoemd in een catalogus van onuitgegeven brieven welke zich

bevonden in de collectie-John Wild. Sedert 1953 bevindt de brief zich bij de collectie-Cushing in de Yale University. In 1953 publiceerde O'Malley de transcriptie van de brief zonder begeleidende Engelse vertaling. De Franse tekst van de brief met vertaling luidt als volgt:

Monsieur,

Samedi passe est party dicy un des serveurs de vostre Excellence avecques une mienne lettre escripte à maistre Art touchant du discours de la maladie de Madame et contenant a parte une aultra avecques luy escripte a vostre Excellence par commandement de Madame pour solliciter vostre venue, et pourtant Monsieur que ie pense que Monsieur ayt receu les dits Lettres ny men estendra plus loing principalement que (or quel?) les affaires depuis le partement du dit serviteur sont peu changees. Toutesfois les cures de la nature sont estees telles que ie pense que Monsieur arrivera en temps de consoler et recreer Madame de sa presence, laquelle est sans la fièvre continue fort atteinte d'une grande et merveilleuse melancholie, comme Monsieur entendra plus amplement quand il sera icy. Laquelle chose ispere estre tantot et de brief. Entretant ie me recomande tres-humblement a sa bonne grace.

De Breda le XV de Mars.

*De Vostre Excellence
tres obeisist serviteur
And. Vesalius*

*A mon Seigneur et frere le Prince d'Orange
Comte de Nassau*

Mijnheer,

Vorige zaterdag is een van de dienaren van Uwe Excellentie hiervandaan vertrokken met een brief van mij gericht aan Meester Art, betreffende de verhandeling over de ziekte van Mevrouw en tevens – apart – een andere (brief) erbij, gericht aan Uwe Excellentie op verzoek van Mevrouw om dringend naar Uw overkomst te vragen; daar naar mijn mening Mijnheer voornoemde brieven heeft ontvangen, zal hij (het) niet langer uitstellen, omdat de zaken sinds het vertrek van voornoemde dienaar weinig veranderd zijn.

Toch is de natuurlijke genezing zodanig, dat ik van mening ben dat Mijnheer op tijd komt om Mevrouw met zijn aanwezigheid te troosten en te bemoedigen, Mevrouw, die behalve het feit dat ze voortdurend koorts heeft, is aangegrepen door een grote en bijzondere zwaarmoedigheid, zoals Mijnheer uitvoeriger zal vernemen wanneer hij hier zal zijn, wat naar ik hoop zeer spoedig en binnenkort het geval zal zijn. Ondertussen bevel ik mij zeer nederig in Uw goede gunst aan.

Breda, 15 maart.

Van Uwe Excellentie
de zeer dienstwillige dienaar,
And. Vesalius

Aan mijn Heer en broeder de Prins van Oranje Graaf van Nassau.

Daar de brief wel van een dagtekening

* Voor deze brief werd gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling, zoals Van Andel deze publiceerde in Deel XIII van de 'Opuscula Selecta Neerlandicorum de Arte Medica' (1935), pag. 13 en 14.

is voorzien maar niet van een jaartal, moet de inhoud van de brief en de levensloop van de eerste vrouw van de prins ons nader informeren over de jaardatering van de brief.

Op zijn sterfbed in 1548 had Maximiliaan van Egmond, graaf van Buren, het huwelijk geregeld van zijn enige dochter Anna met de Prins van Oranje Nassau. Zij was toen pas 15 jaar oud en het huwelijk werd tot 7 juli 1551 uitgesteld, Anna was toen 18 jaar. Anna van Egmond, Gravin van Buren schonk Willem van Oranje drie kinderen, te weten een meisje dat spoedig na de geboorte overleed, Philips Willem (1554-1618), zijn opvolger als Prins van Oranje, en Maria van Buren (1556-1616), op rijpere leeftijd getrouwd met Philipp van Hohenlohe.

In het voorjaar van 1558 moest de Prins op reis naar Frankfurt. Het lag in de bedoeling, dat zijn jonge vrouw mee zou gaan naar de familie in Dillenburg, doch ziek geworden bleef zij achter in Breda op het kasteel. Zoals uit bovengenoemde brief blijkt is Vesalius op 15 maart ook in Breda om de ziekte te behandelen. Vesalius zou daar blijven tot aan het overlijden van Anna. Ook de 'huisarts' van de familie van Buren, Jodocus Lommius, zal zich begin maart 1558 naar Breda hebben begeven in verband met de

gezondheidstoestand van Anna. Lommius, wiens vader geheimsschrijver was van het graafschap Buren, toenmaals in bezit van de grootvader en de vader van Anna, was na een studiereis door Frankrijk op 28 augustus 1554 als stadsgeneesheer in Doornik benoemd. Op 8 maart 1554 werd hij op eigen verzoek uit dit ambt ontslagen. Hij vertrok overhaast; tijd om persoonlijk zijn achterstallige salaris in ontvangst te nemen had hij niet. Tot op heden is de reden van dit spoorslags vertrek van Lommius uit Doornik niet bekend; een verzoek van de zieke Anna van Buren om de hulp van de haar van kindsbeen af vertrouwde arts aan haar ziekbed te hebben, lijkt er de oorzaak van geweest. Korte tijd na het overlijden van Anna is Lommius wederom stadsarts maar nu te Brussel. In het hetzelfde jaar 1558 verscheen Lommius' eerste boek getiteld: *Commentari de sanitate tuenda in Primum Librum de re medica Aurel. Cornelii Celsi* te Leuven; het werd opgedragen aan de jonge weduwnaar, de Prins van Oranje.

Naar aanleiding van Vesalius' briefje aan Willem van Oranje is laatstgenoemde direct vanuit Frankfurt naar Breda teruggekeerd, waar hij op 20 maart aankwam, nog

net op tijd om zijn vrouw de laatste dagen van haar leven bij te staan.

Anna overleed op 24 maart 1558 en werd in de kapel van het kasteel te Breda begraven. De consilia van Andreas Vesalius geven ons niet alleen door hun inhoud inzage in een aantal ziektegeschiedenissen, maar ook informeren zij ons over de talrijke historisch belangrijke figuren die tot zijn patiënten behoorden.

Literatuur

Baumann, E. D. (z.j.) *Uit drie eeuwen Nederlandse Geneeskunde*. Meulenhoff, Amsterdam.

Cushing, H. (1962) *A Bio-bibliography of Andreas Vesalius*. Archon Books. London.

Houtzager, H. L. (1978) *De Auggsburgse vriendenkring van Andreas Vesalius*. *Arts en Wereld*. Jgr. 11, 1, 11-15.

Lindeboom, G. A. (1964) *Andreas Vesalius (1514-1564), een schets van zijn leven en werken*. Erven F. Bohn, Haarlem.

O'Malley, Ch. D. (1953) *A Vesalian letter*. *Journal Hist Med*. VIII, 448.

Opuscula Selecta Neerlandicorum de Arte Medica (1930) VIII; met een inleiding door M. A. van Andel.

Psychotherapeutisch team voor vluchtelingen

Speciaal voor hulp aan Latijns-Amerikaanse vluchtelingen die kampen met psychische problemen functioneert sinds kort in Amsterdam een team van zes Spaanssprekende psychotherapeuten. Zij werken voor het hele land. Behalve rechtstreekse hulp aan Latijns Amerikanen biedt het team ook consultatie en advies ten behoeve van maatschappelijk werkers, huisartsen en anderen die vluchtelingen uit Zuid-Amerika ontmoeten. Het team bestaat uit vier psychologen en twee speltherapeuten, die allen in Latijns-Amerikaanse culturen hebben verbleven. Twee van hen zijn afkomstig uit Uruguay, twee zijn juridisch Nederlander, de overigen 'echte' Nederlanders. Aan het team wordt nog een psychiater toegevoegd. Het team heeft de formele status van sociaal-psychiatrische dienst gekregen.

Het wordt betaald via de AWBZ. De verstrekte hulp is dus gratis.

Indicaties

De hulp die wordt geboden omvat het hele scala van ggz-technieken, van crisis-interventie en bemiddeling bij opname tot langerdurende psychotherapie. De problemen reiken van moeilijkheden door alle ontworteling tot KZ-syndromen, met name bij gemartelde of langdurig gevangen gehouden vluchtelingen. Vluchtelingen kunnen zich rechtstreeks tot het team wenden, maar zij kunnen er ook bij terecht via verwijzing door de huisarts of de maatschappelijk werker, liefst met enige mondelinge of schriftelijke begeleiding. Zoals vermeld kunnen ook artsen en anderen direct bij het team terecht voor overleg en advies, vooral als

zij aarzelen over verwijzing.

Indicaties om te verwijzen kunnen zijn: slapeloosheid, eenzaamheid, gebrek aan zelfvertrouwen, hevige angsten, prikkelbaarheid, neerslachtigheid, heftige woedeuitbarstingen, lichamelijke klachten zonder aanwijsbare oorzaak, zich terugtrekken, overmatig alcoholgebruik, nachtmerries, lusteloosheid, verwarring, seksuele problemen, huilbuien, levensmoe zijn, zich onbegrepen voelen, zich niet kunnen uiten, het werk niet meer aankunnen, concentratie- en geheugenstoornissen en bij kinderen problemen op school.

Het psychotherapeutisch team voor vluchtelingen zetelt op het adres Amstelveenseweg 3, Amsterdam, tel. 020-181607/120531.



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. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: 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 Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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-Geneeskundigen 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)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

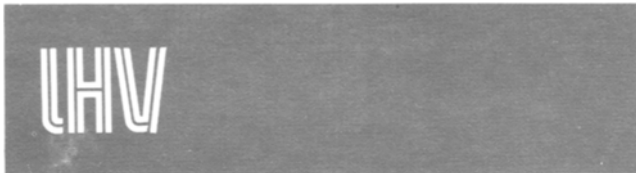
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

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. J. M. van Boxtel, directiesecretaris; Ellen van der Woude, secretaresse. Telefoon 030-887021 en 885411.



van het Centraal Bestuur

Convocatie ledenvergadering dd. 3 november a.s.

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op vrijdag 3 november 1978 te Utrecht, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum (tel. 030-914914). Deze ledenvergadering is de voor het vierde kwartaal reglementair voorgescreven vergadering (art. 26, lid 1, Huishoudelijk Reglement). Aanvang: 16.30 uur.

Agenda

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Notulen.
4. Statuten.
5. Wijziging Huishoudelijk Reglement.
Pauze
6. Financiën.
 - a. Reserveringsnota 1978.
 - b. Begroting 1979; vaststelling bijdrage voor 1979.
 - c. Reserveringsnota 1978 specifieke apotheekhoudende belangen.
 - d. Begroting specifieke apotheekhoudende belangen 1979, vaststelling apotheekhoudende bijdrage voor 1979.
7. (Her)verkiezing leden van het Centraal Bestuur.
(Her)verkiezing voorzitter van het Centraal Bestuur.
8. (Her)verkiezing bestuursleden Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.
9. Brief van Blommenstein, Dekkers en van Oss over het rapport 'De taken van de huisarts'.
10. Visie en doelstellingen.
11. Wat verder ter tafel komt.
12. Rondvraag.
13. Sluiting.

Toelichting

ad 3: Vaststelling van de notulen van de ledenvergadering van 2 juni 1978 (LHV 78/1294/BK).
ad. 4: Aan de orde komt een eerste informatieve bespreking over de concept statuten der LHV (stukken volgen).
ad 5: Reglementswijziging noodzakelijk in verband met de reorganisatie van de werkzaamheden van het Centraal Bestuur (stukken volgen).
ad 6: Zie volgend nummer van Medisch Contact.

ad 7: Vacatures F. Padeloup en W. J. Waal, die, volgens rooster van aftreding hun zetels ter beschikking stellen. Het relementair aftredend CB-lid H. J. C. Leusink stelt zich herkiesbaar.

Tussentijds treedt A. B. M. van Berkel uit het Centraal Bestuur.

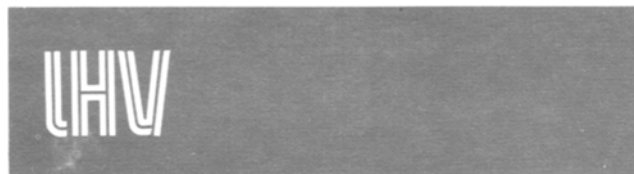
J. W. Jacobze heeft zich herkiesbaar gesteld voor de functie van voorzitter van het Centraal Bestuur.

ad 8: Zie Medisch Contact van 29 september 1978.

ad 9: zie ledenbrief LHV 78/1231/leden.

ad 10: stukken volgen.

F. A. van Spanje, arts, secretaris.



van het Centraal Bestuur

Wijziging Huishoudelijk Reglement

Wijziging art. 18 lid 3 van het Huishoudelijk Reglement der LHV in verband met reorganisatie van de werkzaamheden van het Centraal Bestuur.

Oude tekst art. 18 lid 3

Het Centraal Bestuur kan voor de uitoefening van bepaalde gedeelten van zijn taak vaste commissies instellen, wier bevoegdheden, samenstelling en werkwijze door het Centraal Bestuur worden geregeld, met dien verstande, dat tenminste een derde gedeelte van het aantal leden van elk dezer commissies, waaronder de voorzitter der commissie, moet bestaan uit leden van het Centraal Bestuur. Bedoelde commissies zijn jegens het Centraal Bestuur verantwoordelijk voor het door hen gevoerde beleid.

Nieuwe tekst art. 18 lid 3

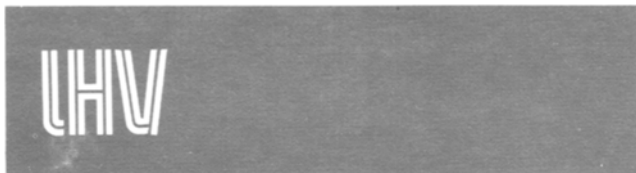
Het Centraal Bestuur kan voor de uitoefening van bepaalde gedeelten van zijn taak vaste commissies instellen, wier bevoegdheden, taak, samenstelling en werkwijze door het Centraal Bestuur worden geregeld, met dien verstande, dat tenminste één lid van elk dezer commissies, waaronder de voorzitter, lid is van het Centraal Bestuur. Bedoelde commissies zijn jegens het Centraal Bestuur verantwoordelijk voor het door hen gevoerde beleid.

Korte toelichting

Het Centraal Bestuur is van oordeel dat het aantal CB-leden dat zitting heeft in vaste commissies dient te worden beperkt, doch dat wel het principe gehandhaafd dient te blijven, dat een CB-lid voorzitter van een vaste commissie moet zijn. Het Centraal Bestuur meent dat op

voorhand niet kan worden vastgesteld hoeveel CB-leden lid van een commissie dienen te zijn. Daarom wordt de ledenvergadering voorgesteld te bepalen dat, minimaal één lid van een commissie lid moet zijn van het Centraal Bestuur.

F. A. van Spanje, secretaris.



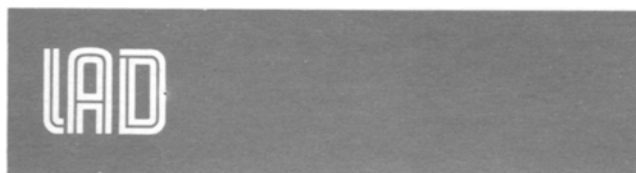
van het Centraal Bestuur

Nieuwe salarissen voor apothekersassistenten 1978

Onlangs is overeenstemming bereikt over de nieuwe salarissen voor apothekersassistenten. Hieronder volgt een overzicht van de salarissen, zoals deze per 1-8-1978 kunnen worden uitbetaald:

	<i>per 1-1-1978</i>	<i>per 1-8-1978</i>
in het eerste dienstjaar	f 1.571,—	f 1.595,—
in het tweede dienstjaar	f 1.660,—	f 1.684,—
in het derde dienstjaar	f 1.746,—	f 1.770,—
in het vierde dienstjaar	f 1.828,—	f 1.854,—
in het vijfde dienstjaar	f 1.908,—	f 1.935,—
in het zesde dienstjaar	f 1.984,—	f 2.012,—
in het zevende dienstjaar	f 2.072,—	f 2.101,—
in het achtste dienstjaar	f 2.161,—	f 2.191,—
in het negende dienstjaar	f 2.255,—	f 2.287,—
in het tiende dienstjaar	f 2.350,—	f 2.383,—
in het elfde dienstjaar	f 2.443,—	f 2.477,—
na het elfde dienstjaar	f 2536,—	f 2.572,—

J. B. Schueler, arts,
voorzitter Ziekenfondstarievencommissie,
farmaceutische sectie.



van het Centraal Bestuur

Concept-mededelingen n.a.v. de CB-vergadering dd. 3-8-1978

Concept-mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur op 3 augustus 1978 in de Domus Medica.

1. In studie genomen onderwerpen

Het centraal bestuur heeft werkgroepen ingesteld die een pre-advies gaan opstellen over: a) het vestigingsbeleid; en b) de statuten van een ziekenhuis (bestuursmodel).

2. Werkterrein en structuur FHZ

Het centraal bestuur heeft onder bepaalde voorwaarden ingestemd met een nota, die in grote lijnen het volgende behelst: 1) het opzetten van de Federatie van verenigingen van Hogere functionarissen in Ziekeninrichtingen in een koepelorganisatie; en 2) het uitbreiden van het werkterrein der Federatie naar andere overleggebieden.

Nadere discussie zal plaatsvinden op de algemene ledenvergadering op 21 oktober 1978 in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht.

3. Proefproces assistent-geneeskundigen/PGGM

De verplichte deelname van de assistent-geneeskundigen in het PGGM baart nog steeds zorgen. Het centraal bestuur ziet, nu verder overleg geen zin blijkt te hebben, geen andere uitweg dan het voeren van een proefproces. De LAD-juristen zijn bezig dit proefproces voor te bereiden.



van het Centraal Bestuur

Wijziging en aanvulling convocatie ledenvergadering dd. 28-10-1978

Wijziging en aanvulling van de agenda voor de tweede gewone ledenvergadering der LSV op zaterdag 28 oktober 1978 (zie Medisch Contact 39/1978 dd. 29 september).

1. Toegevoegd wordt een nieuw agendapunt 10, luidende als volgt:

– 10. Bespreking Inspraaknota wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg en het op deze Nota vanwege KNMG c.q. LSV uit te brengen commentaar.

– De 'Mededelingen uit de departementen', welke oorspronkelijk als agendapunt 10 waren vermeld, komen nu als agendapunt 11 aan de orde.

– Het oorspronkelijke agendapunt 11 'Wat verder ter tafel komt', kan komen te vervallen.

2. Met betrekking tot agendapunt 4a 'Bekrachtiging van de keuze van de voorzitter voor het jaar 1979' kan worden meegedeeld dat het Centraal Bestuur in zijn vergadering van 14 september tot voorzitter heeft herkozen: A. M. Gründeman, chirurg te Amsterdam.

Namens het Centraal Bestuur der LSV

G. Groenewoud, secretaris

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van oktober t/m december 1978

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

2-6 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Den Haag e.o. te houden in Huize Den Treek, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

2-7 oktober

'Warffumcursus' voor huisartsen in Utrecht en omgeving, te houden in Het Kraanven te Loon-op-Zand. Inlichtingen: C. Bouter, Weerdsingel O.Z. 18, Utrecht. Tel. 030-714266.

2 t/m 7 oktober

'Warffumcursus' voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

9 t/m 14 oktober

'Warffumcursus' voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

9, 10, 11, 12 oktober + 2 dagdelen

Thematraining: 'Praten met paren.' Trainer: Eric van Praag. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v.d. Gouw, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-319946.

9, 10, 11, 12 oktober

Training 'Hulpverlening', georganiseerd door S-1 (Samenwerkingsproject 1e lijn NHI-NKV-JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Trainer: Jan Boswijk. Kosten: f 550,— p.p. inclusief verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v. d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-319946.

9-13 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in Huize Den Treek, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

14 oktober

Nascholingsraad 'Medische Seksuologie' Utrecht. Onderwerp: Orgasme problemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congres Centrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030-373346.

14 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 UUR: Anticonceptie I.

15 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: herhaling van 14 oktober.

16-20 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Den Haag e.o., te houden in Huize Den Treek te Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

16 t/m 20 oktober (cursus B)

'Warffumcursus' voor huisartsen regio Amersfoort/NW Veluwe,

te houden in het Woodbrookershuis te Barchem. Inlichtingen: H. Snoek, van Dedemlaan 8, Hoevelaken.

19 oktober

Nascholingsraad, te houden in het Jaarbeurs Congres Centrum te Utrecht, aanvang 17.00 uur. Inlichtingen: Bureau SNH. Tel. 030-885411.

19 en 20 oktober

Nascholingscursus 'Cardiologie' voor huisartsen, hotel Cocagne, Eindhoven. Inlichtingen: Interuniversitair Cardiologisch Instituut te Amsterdam. Tel. 020-129474.

20 oktober

Blok cursus 'Urologie' voor de algemene praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

21 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: Anticonceptie II.

22 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: herhaling van 21 oktober.

25 oktober

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, toestel 2797.

27 oktober

Cursus 'Ontstekingen in de tandheelkunde', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

26 en 27 oktober

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

27 en 28 oktober

Medische psychologie 'Luisteren naar kinderen, groot en klein', Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

27 en 28 oktober

26e Oriëntatiecursus, georganiseerd door het NHI., Utrecht. Inlichtingen: Nederlands Huisartsen Instituut Mariahoek 4, Utrecht. tel. 030-319946.

28 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: Menopauze I.

29 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: herhaling van 28 oktober.

30 oktober - 3 november

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in huize Den Treek, Trekerweg 23, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522 - 12479.

1 november

Het samenwerkingsproject S 1, waarin het NHI, de Nationale Kruisvereniging en Joint participeren, organiseert op een aantal woensdagavonden in het najaar 1978 en het voorjaar 1979 bijeenkomsten over eerstelijns gezondheidszorg. Plaats: Hoog Brabant, Hoog Catharijne, Utrecht. Op de eerste avond wordt aandacht besteed aan het thema 'Het niveau van hulpverlening in samenwerking'. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030 - 910380

2 en 3 november

Longemfyseem. Pathogenese, klinische uitingvormen en pre-

ventieve mogelijkheden, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 147222, toestel 2797.

4 november

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: Menopauze II.

5 november

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: herhaling van 4 november.

6 t/m 10 november (cursus C)

'Warffumcursus' voor huisartsen regio Amersfoort/NW. Veluwe, te houden in het Woodbrookershuis te Barchem. Inlichtingen: H. Snoek, van Dedemlaan 8, Hoevelaken.

6 t/m 11 november

'Warffumcursus' voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 02127 - 1261.

6 - 11 november

'Warffumcursus' voor huisartsen in Utrecht e.o., te houden in Het Kraanven te Loon-op-Zand. Inlichtingen: C. Bouter, Weerdsingel O.Z. 18, Utrecht. Tel. 030 - 714266.

9 november

Symposium over 'Anticonceptie in de dagelijkse praktijk'. Plaats: Eurohal, Maastricht, aanvang: 17.30 uur. Het symposium beoogt met name de huisarts de gelegenheid te geven zich op de hoogte te stellen van de laatste ontwikkelingen en gezichtspunten op dit gebied. Inlichtingen: Organon Nederland BV. Tel. 04120 - 24373, toestel 43.

9 november

Nascholingsdag 'Medische Seksuologie' Utrecht. Onderwerp: Orgasme problemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congres Centrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030 - 373346.

9 - 10 november

Algemene cursus endocrinologie en stofwisselingsziekten, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 147222, toestel 2797.

9 en 10 november

Blokcursus 'Oncologie', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

9 en 10 november

'Psycho Therapeutische Methoden II', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

13 t/m 18 november

'Warffumcursus' voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127 - 1261.

15 en 16 november

'Sandwichcursus' (twee identieke cursusedagen) met als thema: 'Perifere Arteriële Doorbloedingsstoornissen', georganiseerd door de Commissie Nascholing Limburg. Plaats: Stadsschouwburg Sittard. Inlichtingen: G. A. M. Bak, Wilmenweg 19, Merkelbeek. Tel. 04492 - 2300.

15 en 16 november

'Sandwichcursus' met als thema: 'Huisarts en Preventie', georganiseerd door de Zwolse artsencursus commissie. Plaats: Sint Franciscushof te Raalte. Inlichtingen: D. Post, Kerkweg 72, Wezep. Tel. 05207-1394.

20 - 25 november

'Warffumcursus' voor huisartsen in Utrecht e.o., te houden in

Het Kraanven te Loon-op-Zand. Inlichtingen: C. Bouter, Weerdsingel OZ 18, Utrecht. Tel. 030 - 714266.

21 november

Themadag, georganiseerd door S-1, over het onderwerp: 'Cliënt en hulpverlener in het kader van samenwerking in de eerste lijn'. Plaats: Stichting Woudschoten, Woudenbergseweg 54, Zeist. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030 - 910380.

23 en 24 november

Cursus 'Patiënt Arts Communicatie' (PAC). Plaats: Ons Centrum, Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, fa. Hoffmann la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979 - 3251.

Data voor 1979: 18 en 19 januari, Lage Vuursche; 16 en 17 februari, Driebergen.

23 en 24 november

Blokcursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

23 - 24 november

'Praktische aspecten van de klinische genetica', Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 147222, toestel 2797.

23 en 24 november

'Psycho Therapeutische Methoden II', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

24 november

Van Hoytema-cursus 'Test Case', Enschede. De cursus kan worden beschouwd als een vervolg op de Van Hoytema-cursus 'Huisarts en gezin' van maart 1976. Zij is bestemd voor praktiserende huisartsen met hun echtgenoten; er kan uitsluitend per echtpaar worden ingeschreven. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 892922.

28 - 25 november

'Medica '78', Düsseldorf. 10. Internationaler Kongress mit Ausstellung Diagnostica-Therapeutica-Technica. Anmeldung: Düsseldorf Messegesellschaft Nowea, 4000 Düsseldorf 30, Postfach 320203. Telefon 0211/4560426 - Telex 8584853 mes d. Veranstalter und Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., 7000 Stuttgart 70 (Dezerloch), Jahnstrasse 32. Telefon 0711/761454 - Telex 7255533.

29 november

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, toestel 2797.

29 november

'Organisatorische en juridische vormgeving van samenwerking in de eerste lijn'. Dit is de tweede van een serie avonden over eerstelijns gezondheidszorg, georganiseerd door S 1. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030 - 910380.

7 en 8 december

'Vorderingen in de Geneeskunde', Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 147222, toestel 2797.

7 en 8 december

Blokcursus 'Oncologie', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

7 en 8 december

'Psycho Therapeutische Methoden II', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 33, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

11, 12, 13, 14, 15 december + 2 dagdelen follow-up

'Training Persoonlijk Functioneren'. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1175,—. Inlichtingen: NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030 - 319946.

13 december

'Huisvesting en bouwen'. Dit is de derde van een serie avonden over eerstelijns gezondheidszorg, georganiseerd door S-I. Inlichtingen: secretariaat, postbus 3200, Utrecht. Tel. 030 - 910380.

13 en 14 december

Twee identieke cursusdagen over 'Sociale Oncologie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 892922.

14 en 15 december

'Psycho Therapeutische Methoden II', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

20 december

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, toestel 2797.



Personalia

Nieuwe leden

Mw. T. Antheunissen, Noordeinde 7, Leiden.
J. G. van Baal, van Boshuizenstraat 279, Amsterdam.
K. Bakker, Heemsteedsedreef 90, Heemstede.
D. Bal, Frankenslag 172, 's-Gravenhage.
W. G. Bavinck, P. Aertsstraat 67^{II}, Amsterdam.

G. W. Bekenkamp, J. van Lennepstraat 98^{II}, Amsterdam.
Mw. J. ten Berge-v.d. Schaaf, Verl. Hereweg 182, Groningen.
E. A. O. Berghuis, Gardenseweg 142, Putten (Gld.).
J. A. G. D. Boelsums, Ooievaarlaan 16, 's-Gravenhage.
R. O. Boer, Schardam 16, Schardam.
L. A. M. Bossers, Rijnsburgerweg 77A, Leiden.
Mw. M. H. C. Bossers-Storms, Rijnsburgerweg 77 A, Leiden.
L. B. Braaksma, Wolddijk 94, Groningen.
R. Brunsting, Orttswarande 36, Breukelen.
Mw. A. L. J. M. de Bruyn, Mgr. v. Steelaan 396, Voorburg.
E. Bruijnes, Gouden Leeuw 209, Amsterdam.
Mw. J. H. Galjouw-v. Dijk, v. Hemessenkade 2, Woubrugge.
F. J. ten Cate, Emmalaan 87, Rotterdam.
D. Danoesastro, Meidoornstraat 16, Hengelo.
Mw. G. Derksen-Lubsen, Staringkade 34, Leiden.
A. A. M. Derwig, Chopinplein 197, Culemborg.
R. Drion, Rusthoekstraat 7, Scheveningen.
G. Eysenga, Rijslag 27, Scheveningen.
W. T. Fothergill, Breehoven 90, Bennekom.
Mw. E. A. M. Geerdink-Officier, Veenmos 56, Nieuwerkerk a/d IJssel.
G. M. Glansdorp, Thorbeckestraat 10A, Rotterdam.
Mw. M. Glansdorp-Beuker, Thorbeckestraat 10A, Rotterdam.
Mw. B. P. de Graaf-Meeuwesen, Luxemburglaan 120, Heemskerk.
Mw. G. E. de Greef, Buizerdlaan 14, 's-Gravenhage.
A. K. J. Grond, Butjesstraat 6 C, Groningen.
G. C. H. A. Hageman, Wilhelminastraat 186^{II}, Amsterdam.
L. H. Harmsma, van Slingelandtlaan 21, Rotterdam.
J. L. A. van der Hoorn, Haarlemmerstraat 71, Leiden.
R. W. M. 't Hullenaar, Venkelstraat 93, Apeldoorn.
Mw. H. L. Hummelmans, Groesbeekseweg 45, Nijmegen.
P. Ilic, Moddermanlaan 3, Groningen.
H. A. Imhoff, Da Costaflat 62, Roosendaal.
Mw. M. J. Jahn-Piskorz, Bachrode 5, Zoetermeer.
H. de Jong, Binnen 34, Dussen.
H. W. de Jong, W. S. Liquenda, Amsteldijk t/o Z. Wandelweg, Amsterdam.
A. Jonk, Laan van Borgele 31, Deventer.
C. Jung, Marathonweg 18^{III}, Amsterdam.
H. Kamstra, Spiegelstraat 39, Hengelo.
J. W. F. van Kempen, Straalmanstraat 8, Nijmegen.
J. H. Kingma, Havenstraat 9, Warffum.
H. S. G. M. J. Kint, Fr. Erenstraat 13, Sittard.
T. Kluck, Troelstralaan 41 B, Groningen.
V. J. Knippenberg, Sparrendal 132, Maassluis.
J. F. L. M. Koch, Plantsoen 49, Leiden.
Mw. F. D. Koning-v.d. Berg v. Saparoea, Churchillaan 67^I, Amsterdam.

INHOUD OFFICIEEL

LHV, van het centraal bestuur:	
Convocatie ledenvergadering dd. 3 november a.a.	1268
Wijziging Huishoudelijk Reglement	1268
Nieuwe salarissen voor apothekersassistenten 1978	1269
LAD, van het centraal bestuur:	
Concept-mededelingen n.a.v. de CB-vergadering dd. 3-8-1978	1269
LSV, van het centraal bestuur:	
Wijziging en aanvulling convocatie ledenvergadering dd. 28-10-1978	1269
SNH:	
Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van oktober t/m december 1978	1270
KNMG:	
Personalia	1272

Nr. 40 - 6 oktober 1978