

Men heeft het Pentothal wel eens het „waarheids-serum” genoemd. Hierover zijn vooral in de lekens allerlei dwaasheden beweerd, onder meer dat een mens door injectie met dit „serum” niet anders dan de waarheid zou kunnen spreken. Niets is minder waar dan dat; ook in de pentothalroes kan het individu fantasieën en onware gedachteninhouden verder uitspinnen, zodat de benaming „waarheids-serum” volmaakt onjuist is. Men kan alleen zeggen, dat het individu door injectie met deze stof — van een serum is geen sprake! — er gemakkelijker toe komt zich te laten gaan. Niemand weet echter of de persoon in deze roesttoestand de waarheid spreekt of niet. Wij zullen hier niet ingaan op de diverse opvattingen, die men ten aanzien van de eventuele toepassing van het Pentothal in de zogenaamde politieke processen heeft opgesteld. De betekenis van dit alles is zeer twijfelachtig. De aanwending van het Pentothal en van andere dergelijke stoffen voor de rechtbank, teneinde op deze wijze de verdachte aan het spreken te krijgen, is juridisch niet toelaatbaar en bovendien moreel verwerpelijk en wetenschappelijk onbetrouwbaar. Met een enkel woord zij hier nog gewezen op de betekenis van de *narcosynthese*, welke methode

eveneens door *Grinker* en *Spiegel* in de tweede wereldoorlog gepropageerd is. Deze artsen hebben de narcosynthese evenals de narcoanalyse toegepast bij soldaten, die bij de landing in Noord-Afrika als gevolg van de heftige emotie neurotische reacties vertoonden. Bij de narcosynthese wordt het zwaartepunt gelegd op het streven van de arts in de toestand van bewustzijnsverlaging, de diverse gegevens, die de patiënt heeft medegedeeld, weer te bundelen en als het ware de conflictsituaties te overkoepelen. Bij de toepassing van de narcoanalyse en haar modificaties wordt van de psychotherapeut veel geëist. De ingrijpende psychische werking, die de narcoanalyse met zich brengt, vereist de deskundige leiding van de geschoolde psychotherapeut.

Uit het bovenstaande blijkt, dat de narcoanalyse geen methode is, die door de huisarts kan worden toegepast en evenzo is voor aanwending van hypnokatharsis de hulp van een specialist nodig. Maar de psychokatharsis wordt door de huisarts eigenlijk als vanzelf gebruikt in al die gevallen, waar hij bij de patiënt de behoefte voelt „zich eens helemaal uit te spreken” en de arts geduldig en belangstellend toehoorder is.

Reis naar Engeland

INDRUKKEN VAN EEN BEZOEK AAN HET COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS

Uw voorzitter en ondergetekende hebben zojuist een kort bezoek aan Londen gebracht (ter geruststelling van degenen die zich zorgen maken over de hoogte van de contributie zij hier direct aan toegevoegd dat deze reis buiten bezwaar van 's Genootschapschatkist werd ondernomen). Het voornaamste doel van deze reis was het bijwonen van een conferentie die door onze zustervereniging in Engeland „The College of General Practitioners” samen met „The Society of Medical Officers of Health” belegd was over de plaats van de huisarts in de openbare gezondheidszorg. Daarnaast lag het in de bedoeling een bezoek aan het hoofdkwartier van het „College” te brengen om eens persoonlijk kennis te gaan maken en ons op de hoogte te stellen van de gang van zaken bij onze zoveel oudere en dus zoveel ervarener zustervereniging.

Laat ik maar dadelijk beginnen met te constateren dat deze reis in alle opzichten geslaagd mag heten, niet alleen wat het weer (vier dagen stralende zon), maar ook wat het geestelijk klimaat betreft. Wij troffen het bijzonder goed: men ontving ons, na schriftelijke voorbereiding door onze voortreffelijke secretaris, collega Den Duyn, met grote bereidwilligheid en hartelijkheid. We hebben in prettige verstandhouding met de voornaamste mensen van het College kunnen spreken en ervaringen uitgewisseld. We hebben goede contacten gelegd en veel geleerd, zodat we menen dat deze reis voor ons Genootschap in de toekomst vruchten af zal kunnen werpen.

Het College vergaderde voor het eerst samen met de „Medical Officers of Health”, een soort sociaal-geneeskundige collegae, die wij hier in Nederland niet kennen. Hun functie doet enerzijds denken aan die van onze provinciale inspecteurs van de volksgezondheid, anderzijds aan die van onze districtskinderartsen en G.G.D.-artsen. Wij hadden een eigen sociaal-geneeskundige, in de persoon van Dr. J. T. Buma, meegebracht. Dit meebrengen is eigenlijk verkeerd uitgedrukt, feitelijk en letterlijk was het andersom: collega Buma die met een beurs van de Rockefeller Foundation een studiereis langs Engelse huisartsen ging maken, had ons in zijn auto meegenomen!

Zo hadden we geen last van een prozaische, al te snelle aankomst op een vliegveld, maar beleefden na de romantiek van de overtocht met een zeeschip, een rit van Dover naar Londen, die ons in staat stelde om wat aan de sfeer van het land te acclimatiseren. We genoten van het fraaie heuvelachtige, als een groot park aandoende landschap van Kent. Een bezoek aan de beroemde kathedraal van Canterbury confronteerde ons met het gewicht van de geschiedenis in Engeland; iets waarop we telkens weer stuitten: de ouderdom en de geschiedenis waarop instellingen — ook medische — kunnen bogen, spelen een belangrijke rol bij de waardering van de Engelsman. Langs Chatham (dat wij deze keer maar ongemoeid lieten) verliep onze intocht in Londen voorspoedig. Voor we het goed en wel beseften waren we reeds in het centrum van de stad. Over de donkere bruggen van de Thames hing een sfeer als van een schilderij van Marquet; de rust van het verkeer viel ons op en maakte het ons gemakkelijk het hotel te bereiken. Daar ontmoetten wij, evenmin als elders, verkeersproblemen.

De volgende dag werd door ons, na een ochtendwandeling door het British Museum, besteed aan een bezoek aan het gebouw van het College of General Practitioners, Cadogan Gardens 41, dicht bij Sloan Square. Dit bleek een ruim en wel doortimmerd herenhuis te zijn, sinds ruim een jaar betrokken dank zij de generositeit van een anonieme gever. Deze financiële bron schijnt voorlopig nog niet opgedroogd te zijn — in de kamer waar we werden ontvangen hing zelfs een tekening van een nieuw te bouwen pand. We kregen echter niet de indruk dat het College uit het huidige huis barstte: er waren zelfs logeerkamers voor de president en voor commissieleden! De grote vergaderzaal was wel wat klein voor het aantal leden van de Council (ongeveer 50). Hier hingen fraaie olie- en verfportretten van de vorige en de huidige president van het College, in rode toga gehuld. Het alleraardigste boekje dat de eerste, W. N. Pickles, schreef over zijn epidemiologische ervaringen in zijn geliefde plattelandspraktijk in Wensleydale,

waar hij iedereen in de vallei met naam en toenaam kent, kan ik elk N.H.G.-lid van harte ter lezing aanbevelen. De huidige president, Ian Grant, ontmoetten we de volgende dag. Hij bleek ook in werkelijkheid, met zijn spierwitte haren en lange gestalte, een zeer decoratieve en imponerende verschijning te zijn, wiens joviale hartelijkheid het ijs echter spoedig brak. Ter verduidelijking diene, dat de rol van president niet zonder meer valt te vergelijken met die van voorzitter bij ons (welke meer overeenkomt met die van de Chairman) maar veel meer het karakter van een erefunctie draagt. Overigens bemerkten wij herhaaldelijk dat het element „eer” in Engeland van veel groter betekenis is dan bij ons.

We werden in het gebouw van het College ontvangen door de secretaris, Commander Doran. Het duurde enige tijd voor wij ontdekten dat hij geen medicus, maar een oud-zeeofficier is. Zijn staf bleek te bestaan uit een vrouwelijke arts, die geheel vrijwillig een volledige dagtaak op het bureau vervulde en een stuk of vijf, zes typistes. De „honorary-secretary”, Hunt, was verhinderd. Wij ontmoetten deze zeer actieve en efficiënte collega de volgende dag. De honneurs werden waargenomen door de „honorary-treasurer” (penningmeester), Hughes, die met zijn portwijn-gelaatskleur en zijn grijze knevel zo van een ouderwets Engels plaatje leek weggestapt. Doctor Hughes (onze Engelse collegae spreken elkaar altijd aan met doctor, wat in onze oren eerst wat humoristisch klonk) bleek Nederland zeer goed te kennen, vooral, omdat hij tijdens onze bevrijding hoofd van de geneeskundige dienst van het 2de Britse leger was, een zeer belangrijke functie voor een huisarts-vrijwilliger, naar het ons voorkwam.

Hij was drager van verschillende hoge militaire onderscheidingen, maar bleek ook uitstekend thuis in de problemen van de huisarts, waarbij geriatrie zijn bijzondere belangstelling had. Later voegde doctor Levitt, de organisator van de conferentie, zich bij ons. Natuurlijk hebben we met deze heren uitvoerig over organisatorische problemen gesproken.

Het College of General Practitioners bestaat nu 7 jaar en tel ongeveer 4.000 leden (juist zoals bij ons is dus ongeveer een kwart van de huisartsen lid geworden). Daarnaast is er een aantal adspirantleden, die alleen het stemrecht missen. Het College stelt verschillende eisen voor het lidmaatschap, zoals vijf jaar praktijkervaring en een verplichte besteding van een minimum aantal uren aan nascholing. Een nieuw lid moet door twee leden, die als „sponsor” fungeren, worden voorgesteld. Een sponsor mag geen praktijkpartner van het voorgestelde lid zijn. Men overweegt ernstig om in de toekomst te komen tot een soort examen voor de toelating. Het entreegeld bedraagt 10 guineas, de jaarlijkse contributie 5 guineas (1 guinea is ongeveer f 10,50).

Het College is opgebouwd uit 35 „faculties”, die overeenkomen met onze centra. Hiervan zijn er 14 overzee (Ierland, Australië, Nieuw-Zeeland en Zuid-Afrika). De leiding ligt in handen van een „Council”, een soort van raadgevende vergadering, die bestaat uit 36 afgevaardigden van de faculties, plus 12 gekozen leden. De dagelijkse leiding berust bij voorzitter, vice-voorzitter, penningmeester en secretaris. De activiteiten van het College steunen voornamelijk op drie peilers: undergraduate education (scholing tot huisarts), postgraduate education (onze nascholing) en de research. Deze drie peilers vindt men in iedere faculty terug, zodat ieder centrum deze drie commissies heeft. Vertegenwoordigers hiervan vormen samen de drie grote landelijke commissies.

Het viel ons op hoe groot het belang is dat men aan de scholing hecht. Men gaat dan ook zeer bewust tewerk bij de pogingen om te komen tot een nauwe samenwerking met de „Medical Schools”. Anderzijds ziet men zeer goed in dat men niet overhaast tewerk moet gaan en dat men geduld moet hebben. De behoefte tot samenwerking moet, ook van de kant van de medical schools, spontaan groeien. Op tal van plaatsen zijn echter al huisartsen ingeschakeld bij het onderwijs.

Bij de nascholing heeft men het voordeel dat de National Health Service iedere huisarts in staat stelt om eens in de twee jaar gedurende 14 dagen een cursus te volgen: reis- en verblijfkosten en de waarnemer worden dan voor hem betaald. Onze oren klapperden wel even, toen we hoorden van het „trainee-assistent scheme”. In Engeland kunnen diegenen die huisarts willen worden, na hun artsexamen een opleiding krijgen in de huispraktijk. De overheid betaalt hem dan een jaar-salaris van £ 1.000 (ongeveer f 10.000,—) en bovendien aan

de opleider £ 150 (ongeveer f 1.500,—). Om voor opleider in aanmerking te kunnen komen moet een huisarts wel aan bepaalde voorwaarden voldoen, ter beoordeling van een gemengde commissie van overheid en huisartsen samen.

De research vormt een zeer belangrijk onderdeel van de activiteiten van het College. Op dit gebied wordt in Engeland zeer veel en veelzijdig werk verricht. We kregen de indruk dat de Engelse artsen meer research-minded zijn dan de Nederlandse. Men gaat bij deze research zeer praktisch en zo eenvoudig mogelijk tewerk. Dit is trouwens een les die we telkens leerden: wij zijn misschien in Nederland teveel geneigd tot perfectionisme, tot theoretiseren, tot een overmaat van wikken en wegen. Wij willen graag alles zeker en sluitend hebben voor we aan iets beginnen. Als illustratief voorbeeld mag ik misschien iets over de bibliotheek vertellen. Over een bibliotheek en een documentatiesysteem is herhaaldelijk in het N.H.G.-bestuur gesproken. Er zijn adviezen gevraagd aan bibliothecarissen en aan de studiegroep documentatie, er is gesproken over classificatie-systemen en dergelijke, maar er is tot nu toe nog niets van gekomen. Onze Engelse collegae hebben een bibliotheek! De weg werd ons, nieuwsgierigen, reeds in de gang gewezen door een groot bord met een pijl: naar de Geoffrey Evans bibliotheek. In de kamer prijkte dit bord opnieuw, terwijl boven de haard een olieverfportret van dr. Geoffrey Evans, de stichter, hing. De bibliotheek bevatte echter slechts één kleine kast met minder boeken dan de gemiddelde Nederlandse huisarts bezit! Men heeft blijkbaar een geheel andere weg bewandeld dan wij en is zonder meer begonnen, uitgaande van de boeken die een collega aan het College vermaakte. Dit hoopt men in de loop van de jaren uit te breiden tot een echte bibliotheek. Iets analoogs geldt voor de kast met instrumenten, uit dokters- en verlostas, die men ons in dezelfde kamer toonde. Deze voorbeelden lijken mij kenmerkend voor het verschil in mentaliteit. Enerzijds heerst in Engeland meer een geest van aanpakken, doen, roeien met de riemen die men plaatselijk heeft, anderzijds speelt persoonlijke eer en traditie (Geoffrey Evans bibliotheek met olieverfportret) een grotere rol.

Voor de lunch nam men ons mee naar de Yacht Club: een groot, oud gebouw, groter dan een Amsterdams grachtenhuis, met wijde trappen vol schilderijen van oude jachten. We werden bediend door stijve butlers. Het was interessant om kennis te maken met dit vorige-eeuws aandoend Engels instituut van mannengemeenschappen. De lunch die men ons daar serveerde bleek overigens een voortreffelijk diner te zijn.

De conferentie begon zaterdag 23 mei in het gebouw van The Wellcome Foundation. De eerste dag werd gesproken over de *nieuwe epidemiologie*. Prof. Platt, de voorzitter van deze dag, wees op de uitbreiding die het begrip epidemiologie in de laatste tijd heeft ondergaan. Vroeger was dit beperkt tot besmettelijke ziekten in engere zin, tegenwoordig spreekt men van de epidemiologie, dat wil zeggen de kennis van de verbreiding van ziekten als carcinoom, ulcus ventriculi en dergelijke. Deze hoogleraar brak een lans voor een opleiding in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit. Naar zijn mening was dit vooral noodzakelijk omdat de huisarts een enorm percentage van alle ziekten die in de bevolking voorkomen — en dus het grootste gedeelte van datgene wat van werkelijk praktisch belang is voor deze bevolking zelf — ter behandeling krijgt, terwijl de ziekenhuizen hiervan slechts een klein, geselecteerd gedeelte zien. Hij wees erop dat de huisarts op persoonlijke wijze werkzaam is op het gebied van de volksgezondheid en de sociaal-geneeskundige op onpersoonlijke wijze. Hij meende dat deze twee wijzen ook in de toekomst gescheiden dienden te blijven.

De huisarts Watson maakte onderscheid tussen de statistische en de klinische epidemiologie of „endemiologie”. Hij besprak een aantal voorbeelden van epidemiologisch onderzoek door huisartsen ondernomen en uitgevoerd, onder meer over de Shere-koorts, over de ziekte van Bornholm en over pernecieuze anemie. Het was bijzonder interessant te horen welke methoden hierbij door het College waren gebruikt, bijvoorbeeld ter vaststelling van de regionale frequentie van anaemia perneciosa. Door middel van grote kaarten waarop verschillende gekleurde lampjes achtereenvolgens gingen branden, werd de verbreiding van bestudeerde epidemieën gedemonstreerd. Uit het betoog bleek de grote waarde van negatieve rapporten van huisartsen ten aanzien van bepaalde ziekten, wanneer er

op zekere tijdstippen naar werd geïnformeerd. Bijzonder belangwekkend en boeiend waren de observaties van Watson over de besmettelijkheid van Aziatische influenza. Zowel van hemzelf als van zijn partner liep de antilichaam-titer in het serum (die wekelijks werd bepaald) niet op, ondanks contact met honderden patiënten gedurende vele weken. Eerst toen zich een geval in hun eigen huisgezin voordeed steeg deze titer snel. Het virus bleek bij patiënten eigenlijk alleen geïsoleerd te kunnen worden tijdens de koortsstijging en later niet meer. Een waargenomen tweede koortstop viel meestal samen met het ziek worden (en virus uitscheiden) van de huisgenoten. Watson meende aanwijzingen te hebben voor een discontinuïteit en een zekere periodiciteit van de besmettelijkheid van influenza. Zijn simpele, maar zeer nauwkeurige observaties van patiënten en gezinsbesmettingen leken mij een voorbeeld van voortreffelijke, op zeer hoog peil staande huisartsen-research.

Ten ik Watson na afloop vroeg hoe groot zijn praktijk was, vertelde hij dat hij 1.500 zielen op zijn naam had ingeschreven, eigenlijk was het zo dat hij, samen met zijn partner, een buitenpraktijk van 4.200 zielen had. Zij hadden echter tezamen nog een assistent in dienst. Ik kreeg trouwens de indruk dat de praktijken in Engeland over het algemeen kleiner zijn dan bij ons. Men kan niet meer dan 2.500 zielen op zijn naam krijgen. De honorering is vrij ingewikkeld: er is een abonnements basis-honorarium van ongeveer f 10,— per ziel per jaar, dat echter voor de eerste en laatste 500 patiënten lager is. Daarboven worden voor sommige verrichtingen als het schrijven van certificaten, het uitvoeren van vaccinaties en dergelijke bepaalde bedragen per keer betaald. Dit schrijven van certificaten schijnt zeer dikwijls voor te komen. Voor allerlei dingen heeft men een verklaring nodig, voor kinderen om van school thuis te mogen blijven, maar ook om weer naar school te mogen gaan, voor werknemers bij ziekte, maar ook weer bij herstel. Het zal de lezers bekend zijn dat in Engeland de scheiding tussen behandeling en controle, zoals wij die kennen, niet bestaat en dat een groot gedeelte van de huispraktijken door een wisselend aantal partners wordt gedreven. Na Watson sprak de Medical Officer of Health, Warin, uit Oxford. Uit zijn verhaal bleek dat deze functionarissen van de plaatselijke overheid beschikken over eigen ziekenhuisbedden voor besmettelijke zieken en dat bepaalde ziekten door de huisarts aan hen moeten worden gemeld. Hij wees op verschuivingen in de epidemiologie, waardoor de nadruk geheel is gekomen op virusinfecties en de bacteriële infecties op de achtergrond geraken. De lijst van besmettelijke ziekten, waarvoor meldingsplicht bestaat, diende naar zijn mening spoedig gewijzigd te worden. Roodvonk zou bijvoorbeeld best kunnen worden geschrapt. Evenals bij ons liet het nakomen van deze meldingsplicht door de huisartsen kennelijk wel wat te wensen over. Hij stelde daarom een nieuw systeem voor, waarbij de gegevens van huisartsen, sociaal-geneeskundigen en laboratoria plaatselijk gepoold zouden worden. Wanneer deze gegevens dan regelmatig aan de huisartsen bekend zouden worden gemaakt, zou er inplaats van een eenzijdig verkeer sprake zijn van een wederzijdse informatie, iets wat de huisarts ongetwijfeld zou stimuleren tot een grotere bereidwilligheid tot samenwerking. Aan de hand van voorbeelden wees hij op het grote belang van een dergelijk systeem voor alle partijen en op het nut van een goede samenwerking tussen „General Practitioner” (G.P.) en „Medical Officer of Health” (M.O.H.). Uit zijn betoog bleek dat men in Engeland lijders aan besmettelijke ziekten en hun contacten veel vaker isoleert en van schoolbezoek uitsluit dan bij ons. Hij wees op het problematische en dikwijls zinloze van deze maatregelen, die naar zijn mening veel te veel werden toegepast. Aan de hand van het voorbeeld van bacteriële dysenterie pleitte hij voor klinische inplaats van bacteriologische criteria bij de bepaling van de noodzaak van isolatie.

In de discussie speelde deze laatste punten en de vraag wie de vaccinaties moet verrichten, G.P. of M.O.H. een belangrijke rol.

Iedereen was het er over eens dat het ideaal is wanneer de huisarts deze entingen verricht, maar het was duidelijk dat het in Engeland nog betrekkelijk zelden geschiedt. Evenals de vorige dag bleek uit de discussies tevens dat de grote bevoegdheid van de plaatselijke autoriteiten het mogelijk maakt

betrekkelijk gemakkelijk veranderingen aan te brengen. Vooral ook omdat men spoedig bereid is nieuwe vormen bij wijze van experiment te proberen, leek er een grote openbaarheid bij de hantering van de voorschriften te bestaan.

Aan het eind van de middag was er een sherryparty in het gebouw — ik zou eigenlijk beter kunnen zeggen in het paleis — van de British Medical Association. De president van het College en van de Society of Medical Officers of Health (welke laatste reeds meer dan een eeuw bestaan) recipieerden met hun ambtsketen om. Hier spraken wij vele leden van het College en wij legden belangrijke contacten. Zeer instructief was een gesprek met dr. Mc. Conaghey, de hoofdredacteur van de Journal of the College of General Practitioners, waarin de Research Newsletters zijn opgenomen. Dit blad komt ongeveer eens per drie maanden uit en is dan wel veel dikker, maar ook veel kleiner en minder ooglijk dan ons „huisarts en wetenschap”. Naast verenigingsnieuws, verslagen en boekbesprekingen worden alleen artikelen van huisartsen opgenomen. Deze laatste worden zelden geweigerd, maar moeten nogal eens herschreven worden.

De zondagochtendbijeenkomst was gewijd aan het onderwerp: *gezinsgezondheid*. De opbouw van de vergadering was weer dezelfde: een zeer deskundige chairman, die in 5 à 10 minuten een overzicht van de probleemstelling gaf en de sprekers inleidde, twee korte voordrachten van 20-30 minuten, een pauze en daarna een ruime discussie, waarop een samenvatting van de chairman volgde.

Uit de voordracht van de vrouwelijke dr. Jean M. Mackintosh, een autoriteit op het gebied van de kinderhygiëne, noteerde ik de volgende punten. Naar haar mening kan de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de gezondheid van het gezin niet door één groep worden opgeëist, maar deze moet door meerdere instanties worden gedeeld. Het is daarbij zaak niet uit het oog te verliezen dat de voornaamste verantwoordelijkheid ligt bij de leden van dit gezin zelf. Het dragen van deze eigen verantwoordelijkheid moet zoveel mogelijk worden gestimuleerd. De inleidster wees erop dat de huisartsen voorbeschikt zijn tot meer interesse voor zieken dan voor gezonden. Naar haar mening neigt de huisarts ertoe om, als een overbezorgde moeder, „overpossessing” te zijn. Van degenen die in een ziekenhuis worden opgenomen zou wel 1/3 beter thuis behandeld kunnen zijn. Tal van patiënten zouden veel eerder uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen, mits er thuis voldoende hulpkrachten worden ingeschakeld.

De ons uit publikaties reeds bekende huisarts dr. John Fry, wees erop dat er wel over het belang van het gezin wordt gesproken, maar dat hieraan in de praktijk nog veel te weinig aandacht wordt besteed. Ook hij stelde de verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid van het individu voorop. Hij zou de huisarts willen zien als de leider van het team van helpers voor de gezondheidszorg van het gezin. Deze zorg moet zijns inziens een persoonlijke zorg zijn. De persoon van de huisarts biedt een grotere waarborg voor continuïteit dan de telkens wisselende personen van de andere helpende instanties. Fry vroeg om „Healthvisitors” (wier functie vergelijkbaar lijkt met het preventieve werk van onze wijkverpleegsters) in de eigen praktijk van de huisarts, ook voor de bejaardenzorg. Deze „Healthvisitors” staan nu alleen ter beschikking van de Medical Officers of Health. Uit zijn voordracht bleek dat hij 's middags in zijn spreekkamer niet alleen zuigelingen- en kleutersprekuren hield, maar ook geriatrische sprekuren, zwangeren-sprekuren en dergelijke.

Hij zou persoonlijk ook het werk van de schoolarts willen overnemen voor zijn eigen patiënten. Om dergelijk werk te stimuleren pleitte hij voor aparte honorering van de huisarts voor zijn preventieve arbeid. Opvoeding van het publiek om voor preventieve diensten in de eerste plaats een beroep op hun eigen huisarts te doen zou eveneens stimulerend op de huisarts werken. Uit de discussies bleek dat de grote meerderheid van de Engelse huisartsen reeds op kinder-hygiënisch gebied werkzaam is.

Het thema van de middagzitting luidde: „Partners in Social Medicine”. De huisarts Pinsent, voorzitter van de Research Commissie van het College, begon met aan de hand van een aantal voorbeelden te bewijzen dat het voor de huisarts bijna onmogelijk is een scheiding te maken tussen curatieve en preventieve geneeskunde. In therapie zit dikwijls een stuk pre-

ventie voor de toekomst opgesloten. Het is zeker een moeilijkheid, dat door de grote verschuiving in de volksgezondheidsproblemen tal van nieuwe vraagstukken met een oude opleiding en met een oud complex van maatregelen moeten worden opgelost. Deze opleiding en dit bestrijdingsapparaat zijn voor heel andere en inmiddels grotendeels bereikte doeleinden opgebouwd. Evenmin als er een scheiding tussen curatieve en preventieve geneeskunde valt te maken, is dit mogelijk tussen gezondheid en ziekte. Ook deze twee zijn waarschijnlijk onafscheidelijk verbonden.

Het briljante betoog van de M. O. H. Kershaw laat zich niet in het kort samenvatten. In een geestige vergelijking van de samenwerking tussen G.P. en M.O.H. met het huwelijk stelde hij, dat het niet verstandig is te trachten het verschil tussen de sexen weg te redeneren, daar dit verschil juist de fertiliteit bepaalt!

De voordracht van prof. Fraser Brockington werd door zijn assistent Susser voorgelezen. Hoewel de sociaal-geneeskunde in dienst van de gemeenschap staat en de huisarts in dienst van zijn patiënten, is de huisarts toch onmisbaar op vrijwel alle terreinen van de sociale geneeskunde. Prof. Brockington zag in de huisarts de sleutelfiguur voor een integrale gezinsgezondheidszorg.

Naar al deze voordrachten hebben wij met belangstelling geluisterd. Wij geraakten echter het meest onder de indruk van de discussie. Deze stond op een dusdanig hoog peil en was van zo'n voortreffelijk gehalte, dat we hiervoor grote bewondering kregen. Onze Engelse collegae bleken uitstekend van de tongriem gesneden te zijn. Wat ze zeiden was niet alleen constructief, „to the point” en van algemeen belang, maar was ook doorgaans in een zeer goede en dikwijls zelfs geestige vorm gegoten. Na iedere speech werd geapplaudiseerd. Daar konden we ons van harte bij aansluiten. Doordat we achter de schermen hadden kunnen kijken wisten wij dat deze discussie was voorbereid. Men had verschillende deelnemers tevoren gevraagd om „from the floor” te spreken.

Deze beten het spits af en sleepten vele anderen mee. Misschien bepaalde deze werkwijze het hoge gehalte van de discussie. Wij konden ons echter niet aan de indruk onttrekken dat onze Engelse collegae gemakkelijker en beter in het openbaar spreken dan wij. Misschien leren ze dit in hun opleiding beter. Het was echter ook weer niet zo dat zij hinderlijk graag of lang wilden spreken. Hun spreekwoordelijke zelfdiscipline bleek bijvoorbeeld uit het feit dat verscheidene sprekers vrijwillig van het woord afzagen, toen de tijd begon te nippen.

We hoorden enkele aardige dingen. Zo was er bijvoorbeeld een huisarts die vertelde hoe hij een reeks lezingen voor zijn patiënten over gezondheidsvoorlichting had gehouden. Uit het feit dat de overheid dit experiment had gefinancierd en de huisarts hiervoor had gehonoreerd bleek weer hoe soepel dergelijke dingen in Engeland kunnen worden geregeld.

In antwoord op de vriendelijke woorden die door verschillende sprekers tot ons waren gericht heeft ook Uw voorzitter de microfoon gehanteerd. Hij bracht het er, zelfs in de Engelse taal, uitstekend af en kreeg dan ook een zeer langdurig en warm applaus.

De conferentie werd besloten door de voorzitter van de middagzitting, dr. Godber van het ministerie van Gezondheid. Deze was (evenals meerdere M.O.H.'s) zowel lid van zijn vereniging als (adspirant) lid van het College. Hij gaf in zeer kort bestek een meesterlijke samenvatting van de gehele conferentie in de volgende geest. In het eerste deel — the New Epidemiology — is alleen gesproken over een nieuwe blik op de oude epidemiologie en nauwelijks over de nieuwe epidemiologie (van bijvoorbeeld coronair-infarct en longcarcinoom). In het tweede gedeelte is gebleken dat gezinsgezondheid allereerst een zaak is van het gezin zelf. In de beste positie om de mensen te helpen zichzelf te helpen, is de huisarts geplaatst. Deze kan hierbij echter de samenwerking met de M.O.H. niet missen. In het derde gedeelte is gesproken over het „hoe” van die samenwerking. Allen die aan de conferentie en de discussies deel hebben genomen hebben daarbij een persoonlijke winst geboekt. Het is de taak van het ministerie van Gezondheid en van de sociaal-geneeskundigen om zoveel als zij kunnen en waar zij maar kunnen, de huisarts te steunen om zijn werk zo goed mogelijk te kunnen verrichten in

het perspectief van het gemeenschappelijk doel: samen de mensen te helpen.

We vonden het jammer dat ons bezoek aan Engeland zo spoedig moest eindigen. Er was nog even tijd om naar Hyde Park te gaan, waar we in de avondzon wandelden en luisterden naar een aantal bizarre en pathologisch aandoende straat-sprekers en -prekers. Onze medische gastheer sprak spottend over een veiligheidsklep voor de geestelijke gezondheid van de Natie. Toen de K.L.M.-bus ons naar het vliegveld bracht zagen we de weekendgangers in eindeloze autofiles naar de stad terugstromen. Weldra verheven wij ons echter in de lucht. De grote stad onder ons werd al kleiner en kleiner. Het duurde niet lang of we vlogen boven het onafzienbaar wolkendek over de zee. Vermoeid leunden we terug in de kussens, vermoeid door alle indrukken, vermoeid door het vele praten in een vreemde taal, maar ook voldaan over de doorgebrachte dagen en in zekere zin zelfs geestelijk opgefrist en opgeladen door allerlei nieuwe ideeën.

Het werd ons echter spoedig duidelijk dat inmiddels thuis de ontwikkeling ook niet had stilgestaan. Want op Schiphol stond achter de glasruit Den Duyn met een papier te zwaaien, waarop hij met grote letters had geschreven: „Van Deen tot hoogleraar sociale-geneeskunde in Groningen benoemd!”
Juni 1959

Dr. F. J. A. Huygen

Artsencursus Vrije Universiteit

De zevende artsencursus van de Vrije Universiteit zal gehouden worden op 17, 18 en 19 september 1959 te Amsterdam in de Pieter van Foreestkliniek en het Weesperplein Ziekenhuis. Op het voorlopige programma staan de volgende onderwerpen: grondslagen en richtlijnen van de corticosteroid therapie; het belang van elektrolytenbepalingen in het bloed; tranquillizers; colitis ulcerosa; orale diuretica; atherosclerose, hypercholesterinemie, voeding en medicatie; indicatie tot de operatie van mitraalstenose vanuit het standpunt van de huisarts; pneumothorax. Voort zullen er patiënten worden gedemonstreed, alsook een collectie bijzondere röntgenfoto's en anatomische preparaten en de deelnemers zullen in groepen een zaalvisite kunnen medemaken.

De kosten bedragen f 15,—, bij vooruitbetaling te voldoen, liefst door overschrijving op postgironummer 509612 van de Pieter van Foreestkliniek, Oosteinde 16, Amsterdam-C. Een uitvoerig programma is op aanvraag verkrijgbaar. Aanmeldingen aan Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Pieter van Foreestkliniek, Oosteinde 16, Amsterdam-C. Aanmelding uiterlijk 7 september.

Colloquium longkanker

Op een onder auspiciën van de Landelijke Organisatie Kankerbestrijding onlangs gehouden colloquium over longkanker als groeiend probleem is gediscussieerd over een actie voor minder roken als de belangrijkste vorm van preventie voor deze ziekte. Van huisartsenkant is daarbij als mening kenbaar gemaakt, dat de huisartsen direct in de voorlichting en propaganda te dezer zake zouden kunnen worden betrokken wanneer zij regelmatig van de L.O.K. deze voorlichting zouden ontvangen. Voorts bleek dat de Gezondheidsraad, die reeds eerder aan de minister advies heeft uitgebracht betreffende de bestrijding en de preventie van het longcarcinoom, zich op het standpunt stelt, dat hij adviescollege is en geen uitvoerende instantie, en dat de coördinerende en stimulerende taak terzake van de preventie bij de L.O.K. behoort. De diagnostiek van het longcarcinoom, de behandeling van het bronchus-carcinoom en kanker en beroep in het verloop van 25 jaar zijn voorts de onderwerpen van inleidingen geweest. De meerderheid der aanwezigen bleek voorstander van het instellen van een werkgroep ter bestudering, wat de behandeling van het bronchus-carcinoom betreft, van de verdere mogelijkheden voor een combinatie van bestraling, cytostatica en operatie.