

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

UIT DE CENTRA

Jaarverslag 1960 Centrum Twente.

In het afgelopen jaar kwamen de leden van het centrum Twente achtmaal bijeen. Er zijn thans twee studiegroepen, een psychosomatische en een somatische. De eerste groep gaf in mei een overzicht van haar werkzaamheden bij monde van Van Beusekom, waarbij ook de deelnemende psychiater aanwezig was. In november werd op instigatie van Polée besloten tot het vormen van kleine studiegroepen, waarin tijdens bijvoorbeeld tweewekelijkse bijeenkomsten, dagelijkse praktijkproblemen kunnen worden besproken. Een dergelijke groep werd gevormd door een zestal collegae in Borne en Delden en werkt reeds naar tevredenheid van de leden. Het is de bedoeling deelneming van niet-leden van het N.H.G. niet uit te sluiten, omdat dit, naast een bevordering van het contact, ook een propagandistische werking kan hebben.

Op de maandelijkse bijeenkomsten van het centrum is de gemiddelde opkomst gelijk de helft van het aantal leden, 13. Het blijkt bijzonder moeilijk te zijn elke maand opnieuw een boeiend en bevredigend programma te bieden. We zijn er van uitgegaan dat de collegae zelf, al of niet gesteund door een specialist, een bijdrage geven. Nascholing is er, althans in Twente, ruim voldoende in de vorm van voordrachten door specialisten en door demonstraties. In hoeverre het vooral de drukte van de huisartsenpraktijk is, die een belemmering vormt voor een aantal collegae een bijdrage te leveren, is een vraag, die men niet afdoend bevestigend zou willen beantwoorden.

Van Hoof sprak over de huisarts en de maatschappelijk werker, waarbij het belang van een nauwe samenwerking tussen beiden naar voren kwam. Het blijkt in een kleine gemeente wel te verwezenlijken, in grotere plaatsen gaat dit evenwel moeilijker. Vries gaf een overzicht van de noodzakelijke voeding in de zwangerschap. Een diëtiste gaf nuttige aanvullingen. Naar aanleiding van een bespreking door De Jonge van een aantal hepatitis-patiënten in zijn praktijk, werd er behoefte gevoeld aan een deskundige bespreking van therapeutische mogelijkheden en chemische diagnostiek. Gerversman, internist, en Dr Bottema, biochemicus, hielden in een van de volgende vergaderingen een interessante lezing over dit onderwerp. Het werd van zoveel belang geacht, dat een samenvatting van het geheel aan alle leden van het centrum zal worden toegezonden.

Twee leden van het centrum namen intensief deel aan de werkzaamheden van de werkgroep voor het jaaronderzoek 1961 van het N.H.G.

A. Fuldauer

Centrum Friesland

In Friesland, met veertig N.H.G.-leden, heeft men de centrumorganisaties aldus gevormd, dat de provincie in vier districten werd verdeeld met elk tien leden, terwijl van elke groep de discussieleider deel uitmaakte van het centrumbestuur. Van mei tot oktober wordt door deze groepen regelmatig maandelijks op een vaste datum vergaderd. De vergaderingen worden op toerbeurt bij een van de leden thuis gehouden; de gastheer heeft tevens de verplichting een korte inleiding te houden, een oorspronkelijke mededeling te doen, een referaat of een bespreking en demonstratie van patiënten te geven, waarbij de discussie kan aansluiten. De discussieleider spreekt van tevoren af wie gastheer zal zijn; schrijft convocaties en belt bovendien ieder van de groep daags tevoren nog op. Een kort verslag van deze bijeenkomsten wordt door de rapporteur van de groep aan de secretaris van het centrum gestuurd, terwijl op de centrumvergadering in september de vier rapporteurs een mondeling verslag uitbrengen. Er worden twee centrumvergaderingen per jaar gehouden, namelijk in januari en september. Op deze vergaderingen wordt wel eens een spreker van buiten het centrum gevraagd of wordt een film getoond. Op deze bijeenkomsten wordt de in-

leiding veelal kort gehouden, zodat de nadruk komt te liggen op de aansluitende discussie.

In de winterperiode van oktober tot mei worden een of meer centrale studiegroepen gevormd met een speciaal onderwerp. Deze studiegroepen komen maandelijks samen in Leeuwarden, waarbij men de outillage van het provinciale Groene Kruis mag gebruiken. Bij een dergelijke studiegroep verplichten de leden zich regelmatig te komen, beurtelings een kort referaat, voordracht of demonstratie te houden en de opgegeven literatuur te bestuderen. In de regel wordt een specialist als adviseur bij deze groep aangetrokken. De discussieleider bespreekt met de groep en de specialist welke inleidingen gehouden zullen worden, welke leden daarvoor worden aangewezen en welke literatuur moet worden bestudeerd. De onderwerpen, die in de centrale studiegroepen werden bestudeerd waren: het kleuterbureau; seksuele problematiek voor de huisarts; praktijkproblemen, zoals hypertensie, otitis media, sinusitis, ulcus cruris, astma bij kinderen; morbiditeitsanalyse en psychosomatiek.

Aan deze centrale studiegroepen nemen meestal vijftien leden deel. De specialist wordt niet gehonoreerd behalve in de psychosomatische studiegroep, waarvoor de groepsleden ieder f 50 bijdragen. Deze groep wijkt af van de anderen doordat de groep minstens een jaar bijeen komt. Overigens is het ook in deze studiegroep zo, dat per avond twee leden een inleiding of patiënten-demonstratie houden. Elke inleiding duurt twintig minuten, waarna de discussie plaats vindt en waarbij de discussieleider zoveel mogelijk zorgt, dat ieder aan het woord komt. Aan het einde van de avond, die precies om acht uur begint en om half elf eindigt, geeft de specialist een samenvatting. Een enkele maal, toen de inleider was verhinderd, heeft de discussieleider door het lot aangewezen wie over het aangekondigde onderwerp iets zou vertellen.

In de zomer-discussiegroepen (mei-oktober) is de opkomst in de regel acht van de tien leden. Enkele onderwerpen, die in deze groepen ter sprake zijn gekomen waren: chronische ziekten; proefschrift van van den Dool; hematurie; begrenzing van het terrein van de huisarts; verslag van een Boerhaave-cursus; lage rugpijn, en glutenvrij dieet.

Het bezoek aan de centrumvergadering beperkte zich veelal tot 15 leden. Onderwerpen ter bespreking waren onder andere: „de doelmatigheid van de huisartsenpraktijk” door de heer Doyle — bij deze gelegenheid waren ook de dames uitgenodigd —; „na-onderzoek van voor een hernia nucleï pulposi geopereerde patiënten” door Hoving, die op dit onderwerp promoveerde; de film „Enquiry into general practice” en „de bacteriologie in de praktijk van de huisarts”, door de bacteriologe Wielinga.

Op onregelmatige tijden, maar minstens tweemaal per jaar, worden centrumbestuursvergaderingen gehouden. Voor het verzenden van de convocaties maakt men tegen vergoeding van de gemaakte kosten gebruik van de diensten van het provinciale Groene Kruis.

Het is wel gebleken, dat op deze wijze het centrum een actief leven kan leiden. Het enthousiasme van de leden is er wel, maar het moet door de onverflauwde activiteit van het bestuur worden aangewakkerd. Het aantal leden neemt nog gestaag toe. Gaarne wekken wij andere centrumbesturen op ook over hun organisatie en centrumleven iets te laten horen (zien in huisarts en wetenschap - red.).

Dr J. M. L. Phaff

Centrum Groningen

Op de vergadering van 13 december jl. hield ons buitengewoon lid prof. Van Deen een inleiding over „Huisarts en universiteit”. Na een uitvoerige beschouwing te hebben gegeven over de werkwijze van Scott te Edinburgh ontwikkelde spreker de plannen, die bij de sociale geneeskunde in Groningen zullen worden uitgevoerd.

Als wetenschappelijk medewerker bij de sociale geneeskunde

wordt een huisarts benoemd. In diens praktijk nemen co-assistenten, die binnenkort het artsexamen zullen afleggen, twee dagen per week gedurende een maand deel aan al het werk. Eenmaal per week vindt een bespreking plaats van co-assistent, prof. Van Deen en de huisarts, waarbij alle ervaringen, mogelijkheden en moeilijkheden kunnen worden besproken. Begin 1961 is dit plan tot uitvoering gekomen.

Het volgende plan zal bestaan uit het overnemen van een praktijk van ongeveer 2500 zielen, waarbij de praktijk-outillage zal worden gevestigd in een nieuwe vleugel van het instituut voor sociale geneeskunde, gelegen in het centrum van de stad. In deze praktijk zullen werkzaam zijn een oudere en een jonge huisarts, een maatschappelijk werkster en een praktijk-assistente. Co-assistenten maken hier een stage door van vier weken. Uiteraard zal bij de inrichting met de moderne inzichten rekening worden gehouden. Men hoopt de plannen in twee tot drie jaar te verwezenlijken.

Na uitgebreide discussie over dit onderwerp volgde een bespreking over de nascholing van de huisarts, waaraan ook Phaff, lid van het N.H.G.-bestuur en Blijham, hoofd van de afdeling psychosomatiek van het academisch ziekenhuis te Groningen deelnamen.

Algemeen werd het gestelde in „huisarts en wetenschap”, dat er grote ontevredenheid over de opleiding van de huisarts zou bestaan te affectief gevonden. Er bestaat geen inventarisatie van dit gebrek in de opleiding; zou het niet mogelijk zijn om hierover een enquête onder de N.H.G.-leden te houden?

Verscheidene leden hadden veel geleerd door als assistent een tijd bij oudere huisartsen te werken; een der aanwezigen was reeds tijdens zijn studie veel in contact geweest met een oudere huisarts, die hij nu en dan in de praktijk mocht vergezellen. Hij beschouwde dit als een waardige aanvulling van de wetenschappelijke opleiding aan de universiteit.

Men meende, dat de voorgestelde opleiding in de sociale geneeskunde door prof. Van Deen een groot deel van de huidige moeilijkheden zou ondervangen.

Velen vinden de relatie patiënt-huisarts de belangrijkste in de huisartsgeneeskunde. Het hanteren van deze relatie is niet in een cursus of uit een boek te leren. Zou het niet juist zijn jonge, pas gevestigde huisartsen te vragen of zij het mentor-schap van een ervaren N.H.G.-lid op prijs zouden stellen? Blijham wees op het grote belang van de persoonlijkheidsvorming der aanstaande artsen. Hij vroeg zich af of het rijpingsproces der persoonlijkheid van de aanstaande artsen niet zou kunnen worden versneld door hen samen met oudere artsen in een „seminar” bijeen te brengen. Deze „seminars” duren twee of drie weken; dagelijks worden korte inleidingen gehouden, waarna men in kleine groepen uiteengaat om de stof te bespreken. In deze discussies vindt een affectief gebeuren plaats, waardoor de persoonlijkheid kan veranderen.

Voorzitter Takens bracht nog eens zijn voorstel ter tafel een co-assistent twee weken samen met een huisarts de praktijk te laten doen, waarna de co-assistent twee weken de praktijk waarneemt, terwijl de huisarts die tijd in een ziekenhuis werkt, een cursus volgt of aan een „seminar” deelneemt. De laatste twee weken werken huisarts en co-assistent weer samen in de praktijk, waarbij ze hun ervaringen kunnen bespreken.

R. C. Hoekstra.

Centrum Breda

Studiegroep „revalidatie in de geriatrie”.

Het centrum Breda is dit jaar gesplitst in twee studiegroepen. De studiegroep „revalidatie in de geriatrie” gaat door op de onderwerpen, die in de vorige jaren door het gehele centrum zijn bestudeerd, namelijk (1959) fysische therapie en (1960) statische afwijkingen. De studiegroep bestaat uit huisartsen uit Breda en omgeving, een revalidatie-arts en een gemeente-arts, belast met de revalidatie. De huisartsen zijn alle jonge artsen, waardoor een langjarige huisartsenervaring ontbreekt. Dit laatste is een groot nadeel, daar er geen ervaring bestaat in de groep over het verloop van langdurige invaliditeiten. De bijeenkomsten vinden bij toerbeurt bij de leden aan huis plaats op de derde woensdag van de maand. Van tevoren is afgesproken welk onderdeel zal worden besproken. De gastheer demonstreert een of meer ter zake dienende patiënten, waarna een bespreking volgt. Als voorbeeld zal in dit verslag een bespreking worden beschreven over de ziekte van Parkin-

son en het parkinsonisme. De gastheer demonstreerde twee patiënten, de eerste met een Parkinson, waarbij vooral de diagnose en de behandeling van een beginnende Parkinson zou worden besproken. Vervolgens werd een patiënt gedemonstreerd, die in een vergevorderd stadium van de ziekte verkeerde en waarbij vooral de revalidatiemogelijkheden zouden worden bekeken. Daar van de leden wordt verwacht, dat het ziektebeeld thuis is bestudeerd, kan een bespreking op goed niveau worden gehouden.

De volgende punten werden besproken:

1 Diagnose. In ieder leerboek ziet men vermeld, dat de diagnose van het parkinsonisme geen moeilijkheden oplevert. Dit geldt juist voor vergevorderde gevallen, maar in de beginfase kan het zeer moeilijk zijn de diagnose te stellen en meestal zal eerst het verloop leren of de diagnose juist is geweest. 2 Is het van praktisch of alleen van academisch belang, een onderscheid te maken tussen het parkinsonisme en de ziekte van Parkinson? Wij kennen de ziekte van Parkinson of paralyse agitans en het parkinsonisme veroorzaakt door arteriosclerose, encefalitis, trauma, koolmonoxydevergiftiging en syfilis. Bij al deze vormen kwam naar voren, dat de direct op het Parkinson-syndroom gerichte therapie en de revalidatie dezelfde zijn. Niettemin heeft het zin in verband met andere te nemen maatregelen tot een differentiële diagnose te maken.

3 Het tijdstip van een in te stellen therapie. Hierbij moet de vraag worden beantwoord of men met de therapie alleen de symptomen bestrijdt, of wel dat men met de therapie het proces in gunstige zin beïnvloedt, respectievelijk het verloop vertraagt. In het eerste geval behoeft men pas therapie toe te passen als voor de patiënt de verschijnselen zo hinderlijk worden, dat hij om verlichting vraagt; in het tweede geval zou men vroeg-diagnostiek moeten bedrijven om de therapie zo vroeg mogelijk te kunnen instellen. Hierbij doet zich de moeilijkheid voor in de beginfase de diagnose te stellen. Voor dit probleem kon geen der aanwezigen een oplossing geven, terwijl ook de geraadpleegde literatuur geen uitsluitsel gaf. We hebben hier te doen met een typisch huisartsenprobleem; de specialist ziet immers alleen de vergevorderde gevallen, waarbij therapie altijd is aangewezen.

4 Medicamenteuze therapie. Over de verschillende door ons gebruikte preparaten liepen de ervaringen zo uiteen en was de ervaring zo gering, dat hierover een verdere discussie zinloos leek. Wel kwam naar voren, dat fenobarbital vaak een waardevol adjuvans is.

5 Fysische therapie. Hierbij komen warmte, lichte massage en relaxerende oefentherapie in aanmerking. De waarde van deze therapeutische mogelijkheden zijn nog weinig bekend en onzeker. In de huisartsenpraktijk, zeker ten plattelande, zal het voorlopig wel moeilijk zijn deze therapeutische mogelijkheden toe te passen. Van belang moet worden geacht de patiënt te adviseren; zo dit mogelijk is, enige tijd per dag op de buik te liggen, ten einde het voorover buigen te vertragen.

6 Lichamelijke arbeid. Is de patiënt nog in het arbeidsproces ingeschakeld, dan moet men waken voor zware lichamelijke arbeid en is omschakeling naar lichtere arbeid zeer gewenst. Het is psychologisch van groot belang, dat de patiënt zo lang mogelijk aan het arbeidsproces blijft deelnemen.

7 Revalidatiemogelijkheden. Hierbij kwamen voornamelijk aanpassingsmogelijkheden ter sprake. Een stok is van geen nut voor een patiënt met een Parkinsonsyndroom, daar hij door de tremoren en de spasticiteit een stok onvoldoende kan hanteren om er plezier van te hebben. De stoel is voor de Parkinson-patiënt van groot belang. Het moet een rechte, vrij hoge stoel zijn. Aan de voorzijde mogen tussen de poten geen dwarsverbindingen zijn; door de benen onder de zitting te brengen, verplaatst de patiënt zijn zwaartepunt naar voor en op die manier komt hij als het ware van zelf uit zijn stoel. De leuningen moeten bekleed zijn, aangezien de patiënt door de voorovergebogen houding zwaar met de armen op de leuningen rust. Houten leuningen veroorzaken drukpijn. De patiënt zoekt dan een stoel die een achteroverhellende rugleuning heeft, waaruit hij echter niet zelfstandig kan opstaan. De plaatsing van de stoel in de kamer vraagt speciale aandacht. Het bed moet bij voorkeur een zogenaamd ziekenhuisbed zijn, voorzien van een beddekoord of een handgreep op

borsthoogte. De patiënt kan door middel van het beddekoord of de handgreep overeind komen. Vervolgens brengt hij de benen buiten en onder het bed; juist als bij de stoel komt hij, door verplaatsing van zijn zwaartepunt, als vanzelf uit bed. Een andere methode om uit bed te komen is de volgende: de patiënt rolt zich op de buik, brengt de benen buiten bed en drukt zich, nadat hij contact met de vloer heeft omhoog, waardoor hij naast het bed komt te staan.

Handvatten aanbrengen bijvoorbeeld op de W.C., bij deuren enzovoort, kan van groot praktisch belang zijn. Moet de patiënt nog trappen lopen, dan is dit vaak langer vol te houden door het aanbrengen van een tweede leuning. Matjes en dergelijke moeten worden vermeden.

Aan- en uitkleden is dikwijls zeer moeilijk; het ruim gebruik maken van ritssluitingen geeft vaak een gedeeltelijke oplossing. Het eten is eveneens een probleem; de patiënt morst vaak, wat hem nerveus maakt, waardoor het morsen nog toeneemt. Het is voor de patiënt erg prettig, en zeker als er gasten zijn, indien met de samenstelling van het menu met hem wordt rekening gehouden. Bijvoorbeeld geen soep, waarmee hij zeker morst; het geven van aardappelpuree in plaats van aardappelen en geen vla maar pudding. De opletten de huisgenoten weten zeer snel met welke spijzen de patiënt wel, en welke hij niet morst.

Uitvoerig is gediscussieerd over het nut van een rolstoel. Aan de ene kant zal men trachten de patiënt zo lang mogelijk te laten lopen, aan de andere kant moet men niet te laat komen, zeker niet als men een rolstoel wil geven, waarmee de patiënt zichzelf nog kan voortbewegen. Over het algemeen was men van mening, dat te weinig invalide bejaarden een rolstoel krijgen. Slechts één lid had een ervaring. Zijn patiënte beschikt over een opvouwbare rolstoel, met de grote wielen voor en voorzien van een hoepel aan de wielen om zich voort te bewegen. Voor deze patiënte was een nieuwe wereld open gegaan.

Uit deze bespreking is gebleken, dat de huisarts bij dit zo bekende ziektebeeld nog voor verschillende puzzels wordt gesteld, die de specialist niet kent, zoals bijvoorbeeld de vroegdiagnostiek en het tijdstip van de instelling van de therapie. Voorts werd duidelijk, dat ook de vergevorderde Parkinsonpatiënt met kleinere en grotere aanpassingen nog veel levensvreugde is te geven.

J. J. M. Michels

SAMENSTELLING BESTUUR N.H.G. 1961

Het bestuur van het N.H.G. is voor 1961 als volgt samengesteld:

Voorzitter: Dr F. J. A. Huygen, Kleidijk 30, Lent (0 88 00/2 10 29); ondervoorzitter: Dr J. C. van Es, Arnhemseweg 59, Apeldoorn (0 67 60/1 45 81); secretaris: P. den Duyn, Overtoom, 355, Amsterdam (0 20/8 14 62); penningmeester: A. W. Bots, Prof. Aalberslaan 2, Voorhout (0 25 32/73 93); voorzitter, ondervoorzitter, secretaris en penningmeester vormen het dagelijks bestuur.

Leden: Dr J. A. Dallmeijer, Rivierenlaan 159, Amsterdam (0 20/72 97 56), E. M. Jansen, Catharijnesingel 30, Utrecht (0 30/1 34 77), J. J. M. Michels, Dorpsstraat 40, Wagenberg (0 16 90/4 20), M. G. van Nieuwenhuijzen, Akerstraat 50, Hoensbroek (0 44 48/5 50), Dr J. M. L. Phaff, Verlengde Schrans 85, Leeuwarden (0 51 00/51 51), H. L. A. Vlamings, Groesbeekseweg 12, Nijmegen (0 88 00/24 34).

Adviserende leden: L. J. Degenaar (namens L.H.V.), Burg. Jaslaan 1a, Dubbeldam (0 18 50/40 70), A. Hofmans (voorzitter redactiecommissie „huisarts en wetenschap”), Breeplein 4, Rotterdam (0 10/7 71 44), W. J. de Jager (namens de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst), Keizer Karelweg 80, Amstelveen (0 29 64/22 29), W. J. Royaards (hoofdredacteur Medisch Contact), Prins Bernhardlaan 12, Beverwijk (0 25 10/39 05), Dr A. Rijpperda Wierdsma (voorzitter Alg. Advies Commissie), Dr Cl. Noorduyndstraat 1, Nijmegen (0 88 00/2 33 70).

Chef de bureau van het N.H.G.-secretariaat: J. F. Jongeneel, Joost Banckertplaats 85, Rotterdam (0 10/12 50 14).

ADRESLIJST CENTRUM-BESTUREN N.H.G. 1961

In de hieronder volgende adreslijst van Centrum-besturen van het N.H.G. staan voor elk centrum eerst vermeld de namen van voorzitter, secretaris en penningmeester, of van voorzitter en van secretaris-penningmeester. Daarachter volgen, als zodanig aangeduid, leden of correspondenten dezer besturen.

Amersfoort en O.: H. C. D. den Hertog, Pr. Marielaan 6, Amersfoort (0 34 90/49 41), P. Zwanenburg, Wilhelminastraat 23, Bunschoten (0 34 99/2 03; giro 50 75 50).

Amsterdam en O.: Dr J. A. Dallmeijer, Rivierenlaan 159 (0 20/72 97 56), W. A. des Bouvrie, R. Claeszenstr. 1 (0 20/8 66 93), L. Oltmans, Hoofdweg 307 (0 20/8 20 04; giro 67 02 16); leden: Dr J. Admiraal, Alexanderplein 3 (0 20/5 34 02), G. H. Dorsman, J. van Lennepkade 7 (0 20/6 00 86), allen te Amsterdam.

Apeldoorn en O.: P. A. Jens, Arnhemseweg 253 (0 67 60/1 45 81), W. P. C. Knuttel, van Hasseltlaan 11 (0 67 60/1 32 50), H. Oeges, Hofveld 15 (0 67 60/1 78 78; giro Rotterdam. Bank 82 48 38, vermelden: Centrum Apeldoorn N.H.G.); correspondent S. Wartema, Ugchelseweg 223 (0 67 60/1 84 26), allen te Apeldoorn.

Arnhem en O.: C. Giesberts, Utrechtseweg 169, Oosterbeek (0 83 07/23 23), J. T. M. Stuyt, „Enigheburch”, Oosterbeek (0 83 07/27 27), J. J. Bergsma, Rozenbos 6, de Steeg (0 83 02/20 32); rapporteur groep Wageningen: L. v. d. Pol, Edeseweg 85, Bennekom (0 83 79/24 98).

Breda, Bergen op Zoom/Roosendaal: F. H. G. Gaymans, Adelstr. 4, Made (0 16 26/4 44), D. van de Wetering, Parkstr. 16, Breda (0 16 00/3 73 47, giro 66 83 02).

Deventer en O.: vacature voorzitter; E. Hooyer, Keizerstraat 28, Deventer (0 67 00/62 74, giro 92 43 53).

Drente: vacature voorzitter; F. A. Bol, Schoonoord (0 59 18/3 10, giro 84 87 40).

Friesland: Dr J. M. L. Phaff, Verlengde Schrans 85, Leeuwarden (0 51 00/2 51 51); Tj. H. Hut, Noorderhaven 17, Harlingen (0 51 78/26 35, giro 92 70 35).

Gooi- en Eemland: J. Kasteleyn, Torenlaan 47, Hilversum (0 29 50/4 77 17); J. Grijns, Larenseweg 380, Hilversum (0 29 50/4 79 74, giro 65 48 27).

's-Gravenhage en O.: C. J. Oumayer, van Dijkklaan 1, Rijswijk (0 70/18 14 47); G. S. van Dorp, Laan van Meerdervoort 237, Den Haag (0 70/33 11 75); A. J. van Meurs, Oranjeplein 81, Den Haag (0 70/11 34 27, giro 39 40 36).

Groningen: Dr H. Takens, C 125, Roodeschool (tel. Uithuizermeeden 305); R. C. Hoekstra, Damstersingel 115, Groningen (0 59 00/3 35 15); N. H. Smit, Potstraat 73, Wildervank (0 59 87/24 86, giro 81 08 29).

Haarlem en O.: D. K. Heeringa, Militaire weg 18, Overveen (0 25 00/5 64 09); A. J. M. Daniëls, Pr. Marijkelaan 80, Uithoorn (0 29 75/17 26, giro 52 52 41); lid: J. H. van Ginkel, Kennemerlaan 141, IJmuiden (0 25 50/40 58).

Leiden en O.: Dr J. H. F. Lahr, Zoeterwoudsesingel 8, Leiden (0 17 10/2 14 63); J. B. Hugenholtz, Wilhelminapark 2, Oegstgeest (0 17 10/2 03 90, giro 7 47 39 t.n.v. secr. penningm. N.H.G. centrum Leiden); leden: R. Rombach, van Baerlestraat 9, Gouda (0 18 20/51 00), K. Gill, Plein 2, Zwammerdam (0 17 26/25 27).

Noord-Holland: J. Lourens, Ouden Gracht 297, Alkmaar (0 22 00/28 92); J. Busquet, Egmonderstraat 16, Alkmaar (0 22 00/42 82, giro 56 65 68).

Nijmegen en O.: vacature voorzitter; W. J. J. Ligtenberg, Vossendijk 31, Nijmegen (0 88 00/2 42 77); P. M. Duives, Graafseweg 242, Nijmegen (0 88 00/3 13 05, giro 81 49 80).