

bevangener kunnen optreden. Daarmee wordt het kind de beste hulp geboden.

Heel wat zware affectieve reacties inzake seksualiteit en seksuele delicten berusten op irrationele gronden. Ik sprak daarvan al even in mijn eerste artikel *. Behartigenswaardige woorden zijn hierover gezegd door *Bianchi*, speciaal met betrekking tot de homoseksualiteit, en door *Kempe* in zijn bijdrage aan een bundel over seksuele criminaliteit, een bundel waarvan ieder der bijdragen in hoge mate lezenswaardig is.

Wij kunnen slechts hopen, dat door meer kennis en begrip de waarlijk ontstellende bekrompenheid op den duur kan worden bestreden, want niet alleen de seksuele delinquent, maar ook zijn slachtoffer en de maatschappij lijden nog zwaar onder vooroordeel, verdringing, en daarmee onder een gebrek aan liefde en begrip. Niet alleen de dader en het slachtoffer zijn bij het seksuele delict betrokken, ook de maatschappij. Of laten wij liever dit wat vage collectieve begrip vervangen door het meer persoonlijke: ook wij zijn er bij betrokken.

Samenvatting. De omvang van de seksuele criminaliteit is in de eerste helft van deze eeuw sterk toegenomen. Na 1950 blijven de cijfers in grote lijnen gelijk. Vele daders zijn zeer geremde of anderszins gestoorde persoonlijkheden. Dat geldt niet alleen voor het exhibitionisme, maar ook bij ontucht met kinderen en bij de meer agressieve seksuele delicten. Zeer verschillend kan de houding van de dader zijn tegenover zijn delict, bijvoorbeeld berouw, afschuw, goedpraten, verdedigen. Zeer verschillend zijn ook de ontstaansvoorwaarden, bijvoorbeeld situatief, uit behoefte aan contact, als noodoplossing, als uiting van echte pedofilie.

Speciaal bij de ontucht met kinderen is er wederzijdse invloed van dader en slachtoffer. Niet zelden treedt het slachtoffer uitlokkend en verleidend op, wat ook bij sommige aanrandingen het geval is. Bestudering van en deskundige zorg voor het slachtoffer is bij deze delicten nog onvoldoende gerealiseerd. De rol bij het delict, de betrouwbaarheid van het getuigenis en de hulp om de aangerichte schade te beperken dienen in elk geval zorgvuldig overwogen. De omgeving dient er vooral voor te zorgen, dat de schade niet wordt vergroot door het onderzoek en door foutieve reacties. Hier ligt een

* (1964) huisarts en wetenschap 7, 296.

taak voor de huisarts. Maar niet alleen in het individuele geval, ook in het algemeen moeten wij interesse opbrengen, dat wil zeggen ons zelf bij de seksuele criminaliteit betrokken weten.

Summary. Sexual criminality (3); those involved in sex crimes. The extent of sexual criminality greatly increased during the first half of this century. After 1950 the figures have remained about the same. Many delinquents are severely inhibited or otherwise disturbed personalities. This applies, not only to exhibitionism but also to debauchery with minors and to the more aggressive sex crimes. The delinquent's attitude to his crime can differ widely, ranging from remorse and horror to attempts at justification or belittling. The circumstances, too, differ widely, e.g. situational, from a desire for contact, as an emergency, as an expression of true pedophilia.

Especially in the case of debauchery with minors there is an interaction between delinquent and victim. Not infrequently the victim shows a challenging and tempting attitude, and this is also the case in some sexual assaults. The study and expert care of the victim have so far been inadequate in these crimes. Their role in the crime, their reliability as witnesses and measures to limit the damage inflicted should be carefully considered in each individual case. The environment should ensure that the damage is not increased as a result of the investigation and due to inadequate reactions. Here, we have a task for the family doctor. But not only in the individual case but also in general, family doctors should allow themselves to be interested, i.e. to be involved in the problem of sexual criminality.

- Bianchi, H. (1962) De homoseksuele naaste. Bosch en Keuning, Baarn.
Carp, E. A. D. E. (1949) Sexuele misdadigheid, Strengolt, Amsterdam.
Criminele Statistiek 1960 (1963) De Haan, Zeist.
Ellis, A. en R. Brancale (1956) Psychology of sex offenders. C. C. Thomas, Springfield.
Hattum, W. F. C. van (1963) Mbl. berechting en reclasering 42, 185.
Kempe, G. Th. (1963) Sociale aspecten van het probleem der seksuele misdadigheid; in: Sexuele criminaliteit Van Gorcum, Assen.
Krevelen, D. A. van (1959) Ned. T. Criminol. 1, 139.
Kwast, S. van der (1963) Incest. J. A. Boom en Zoon, Meppel.
Overbeek, W. H. (1961) Ned. T. Criminol. 3, 66.
Pompe, W. P. J. Sexuele criminaliteit (1963) Van Gorcum, Assen.
Probst, E. (1950) Kinder und Jugendliche als Zeugen. S. Karger, Basel.
Schwartz, A. A. (1960) Ned. T. Criminol. 2, 12.

Zesde internationale congres voor huisartsgeneeskunde

De betiteling „6. Internationaler Kongress für Allgemein Medizin“ voor het van 10 tot 13 september 1964 in Salzburg gehouden congres is misschien wat verwarrend, nadat in maart 1964 de eerste wereldconferentie van wetenschappelijke huisartsverenigingen was gehouden. De bijeenkomst in Salzburg betrof echter het zesde congres van de „Internationale Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin“, omtrent welke doelstellingen ik eerder berichtte — (1964) huisarts en wetenschap 7, 256.

Tijdens de wereldconferentie in Montreal werd besloten in 1966 de tweede conferentie in Salzburg te houden onder auspiciën van deze „Internationale Gesellschaft“, die door een comité, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende deelnemende landen, bij de voorbereiding en organisatie zal worden terzijde gestaan. Het N.H.G.-bestuur meende dat het om tweeërlei reden van belang was nader van de

werkzaamheden van de „Internationale Gesellschaft“ op de hoogte te geraken. In de eerste plaats moest het mogelijk zijn juist op een dergelijk jaarlijks congres te peilen hoever onze Duitse en Oostenrijkse collegae-huisartsen zijn gevorderd op de weg de huisartsgeneeskunde een wetenschappelijke basis te geven. In de tweede plaats wilde men een indruk hebben van de mogelijkheden, die de organiserende vereniging in Salzburg heeft en tevens hoe het huidige congres was georganiseerd.

Tijdens het congres werden verschillende soorten voordrachten gehouden (voor het volledige programma zij verwezen naar bovenaangehaald bericht in dit tijdschrift), waarvan ik in de eerste plaats die van Prof. Grebe (Frankenberg) en Prof. Schär (Zürich) wil noemen. Bij beiden vil te beluisteren, dat zij althans in denken en doen begrip hebben voor de zo nodige veranderingen in de opleiding van de arts in

het algemeen en de huisarts in het bijzonder. De Zwitserse hoogleraar in de sociale en preventieve geneeskunde had sedert kort voor zijn studenten een practicum algemene praktijk ingevoerd, dat gedurende vier halve dagen door een huisarts werd geleid. Hij was er eveneens voorstander van de psychologie in het studium generale op te nemen.

De verschillende voordrachten, die onder nascholing B zijn te rangschikken laat ik hier buiten beschouwing, daar zij mijns inziens niet essentieel tot het congres bijdroegen. Liever sta ik stil bij enkele voordrachten uit de Oostenrijkse, Duitse en Zwitserse huisartspraktijk.

H. R. Frank (Wuppertal) berichtte over het werk in de huisartspraktijk, waarin 83 procent van alle door artsen gedane verrichtingen plaats vinden. Hij beklemtoonde de noodzaak en het grote nut van een volledig algemeen onderzoek voor alle patiënten in de algemene praktijk, die met algemene klachten komen. Hierbij wees hij eveneens op een goede documentatie. Hoezeer de huisartspraktijk in de verschillende landen anders wordt bedreven werd goed in de voordracht van G. Krüsi (Zwitserland) tot uitdrukking gebracht. Hij rekende onder meer een röntgendoorlichtingsapparaat en een electrocardiograaf tot het noodzakelijke instrumentarium van de huisarts. Voor de verdere studie van de huisarts pleitte hij voor een nauw contact met de medische faculteit. Het was merkwaardig te horen dat deze huisarts een stage bij de huisarts (na het staatsexamen vergt de — uitsluitend in klinieken plaats vindende — opleiding tot huisarts in Zwitserland 4½ jaar) van de hand wees, waarbij hij een beroep deed op zijn auditorium zich voor te stellen wat dat immers allemaal voor moeilijkheden met zich zou brengen . . .

De Duitse platlandicus U. Franz toonde het door hem gebruikte patiëntenkaartsysteem, waarbij de analogie met de N.H.G.-werkkaart opviel, hoewel bij de laatste intensiever is voorgedrukt. Leerzaam was, dat ook deze collega, evenals Walford (Engeland), vaststaande zekere diagnosen met een omraming markeert, wat het snel doornemen van de kaart ten goede komt.

De Oostenrijkse plattelandsarts G. Tutsch, wiens bijdrage overigens reeds verscheen in (1964) *Landarzt* 40, 1032, behandelde verschillende door hem gebruikte technische hulpmiddelen ter rationalisering van de algemene praktijk. De door hem gebruikte miniatuur bandrecorder ter grootte van een handpalm (Mnemocord, Wenen, kosten 1400 ö S.) stelde hem in de gelegenheid in de auto al visite rijdend de nodige data vast te leggen in zake zo juist bezochte patiënten, aanwijzingen voor de assistente, bepaalde gedachten, waarop men anders misschien later niet meer zou komen, enzovoort. Het bandje kan thuis door de assistente worden overgenomen op de gewone bandrecorder, waarna de verschillende notities kunnen worden uitgewerkt.

Verder vertelde Tutsch uitvoerig over zijn ervaringen met de autoradiofonie, waarvan de voordelen, ondanks de aanschafkosten van 10.000 D.M., voor de plattelandsarts, werkend in een geografisch zeer uitgestrekt gebied, evident zijn. In de discussie onderstreepte een Deense plattelandsarts dit met enige sprekende voorbeelden.

Wanneer ik eerst nog stilsta bij de voordrachten door Duits sprekende huisartsen, dan verdient de bijdrage van L. Leitner (Oostenrijk) aandacht. Hij gaf een beschouwing van de wijze waarop hij patiënten met psychische problemen, respectievelijk psychosomatische klachten trachtte te helpen. Zijn co-referent, de Weense docent Strotzka, legde het congres de vraag voor of men het er mee eens was dat prioriteit diende te worden gegeven aan het oplossen van de kwestie van de zorg voor de patiënten met psychosomatische klachten. Het viel op dat het sprekers ervaring was dat de belangstelling voor de zogenaamde Balint-studiegroepen in de grote steden veel geringer is dan op het platteland, waar echter de grote afstanden het regelmatig functioneren van de groep bemoeilijken.

De bijdragen van huisartsen, die wetenschappelijk onderzoek in engere zin in hun praktijk hadden gedaan, kwamen van de zijde van Kuenssberg (Edinburgh), Abruzzi (New York) en Temmerman (Gent). E. V. Kuenssberg is lid van een groepspraktijk van zeven huisartsen met 20.000 patiënten. In deze groepspraktijk worden verschillende onderzoeken gedaan naar het voorkomen van ulcus pepticum, chronische

bronchitis, reumatoïde arthritis en psychoneurosen. Hij bepleite het geregeld herhalen van deze morbiditeitsanalyses. Verder gaf hij de resultaten van een negen maanden durend onderzoek in de huisartspraktijk waarbij 25 huisartsen duizend vrouwen zonder klachten in de daarvoor in aanmerking komende leeftijd onderzochten door middel van een cervixafstrijk. Er bleken in dit onderzoek vijftien vrouwen te zijn, die voor verdere controle respectievelijk behandeling in aanmerking kwamen.

Als ander voorbeeld van een onderzoeksmethode, welke zich bij uitstek voor toepassing in de algemene praktijk leent, noemde hij de familiestudies. Ten bewijze hiervan diende een onderzoek naar het voorkomen van ulcus duodeni bij de dochters en zonen van 15-39 jaren van aan ulcus duodeni lijdende ouders en een soortgelijk onderzoek in zake acuut reuma en carcinoom. Verder deed de groep een onderzoek naar de invloed van de woning op het voorkomen van ziekte. Spreker wakte zijn Duits sprekende collegae op dergelijke en andere onderzoeken eveneens te ondernemen.

W. A. Abruzzi, huisarts in een dorp op ongeveer anderhalf uur autorijden van New York, gaf een imposant verslag van een tweetal onderzoeken, welke hij in zijn praktijk van 1500 gezinnen had gedaan, namelijk in zake mazelencomplicaties en epidemische diarree. Het eerste onderzoek werd gedaan naar de gedragsveranderingen, optredend bij kinderen na het doormaken van mazelen, waarbij een controlegroep (geen antilichamen in het serum) ter vergelijking diende.

De tweede studie was een onderzoek in zake de handelwijze bij epidemische diarree. Aan de hand van een controlegroep, die met een placebo werd behandeld, werd de conclusie getrokken dat men met furazolidon in 90 procent der gevallen uitkwam. De patiënten, die in drie dagen niet klachtenvrij waren, werden daarop verder geanalyseerd met behulp van faeceskweek, onderzoek op parasieten enzovoort.

Abruzzi, die de praktijkrationalisering tot bijzondere hoogte bleef te hebben opgevoerd, gaf als leidraad voor de huisarts naast een goede registratietechniek, het voldoende tijd hebben voor elke patiënt. De medicus en jurist G. Hertel (Hamburg) berekende dat de patiënt in Amerika zijn huisarts gemiddeld viermaal per jaar raadpleegt en daarvoor de dubbele tijd krijgt van de Duitse patiënt, die achtmaal per jaar hulp inroept, wel e per keer zes tot acht minuten vergt. Verder is het nodig — meent Abruzzi — dat de huisarts leest en vooral tijd heeft om over zijn verschillende ziektegevallen na te denken!

G. Temmerman maakte een studie van de registratietechniek, waartoe hij was gekomen omdat het hem steeds weer moeilijk was gevallen elke kaart afzonderlijk snel te overzien en de essentialia daaruit te grijpen. Hij was tot een vijftal rubrieken gekomen, waarbij hij onderscheidde: de klacht-notering, de lesie-notering (typische morfologische afwijking), de syndroom-aantekening, de alarm-notitie (naast een symptoom bestaat nog een klacht, die men voorlopig niet kan duiden) en ten slotte de probleemnotering. Temmerman heeft voor de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen een randponskaart ontwikkeld, waarop registratie van deze gegevens mogelijk is. Daar dit systeem nog in onderzoek is kan ik tot mijn spijt niet naar literatuur verwijzen. Het N.H.G. zal zeker met Temmerman, die sedert enige jaren een geregeld bezoeker van ons congres is, hierover contact willen onderhouden.

Tot besluit wil ik trachten, ten einde de in de inleiding omschreven eerste vraag te beantwoorden, mijn indruk te geven over het werk van onze Duits sprekende collegae huisartsen, zoals dit zich op het congres manifesteerde. Ik was in de gelukkige omstandigheid die indruk te kunnen toetsen aan die van waarnemers uit andere landen. De in de „Internationale Gesellschaft" verenigde huisartsen zijn zonder twijfel van dezelfde idealen vervuld als hun Engelse, Amerikaanse, Vlaamse, Nederlandse enzovoort collegae. Na zes jaren zijn zij echter nog in een — men zou zeggen — vertwijfelde worsteling met — voornamelijk — zichzelf. De Duitse en Oostenrijkse huisarts heeft een sterke behoefte aan waardering, ook financieel, en erkenning; hij voelt zich bij de „Facharzt" ten achter gesteld en hij loopt „aan de leiband van de Krankenkasse". Deze omstandigheden paralyseren hem als het ware en in plaats van desondanks aan het werk te gaan en de idealen

na te streven, waardoor de gewenste waardering en erkenning ongetwijfeld wel zal komen, blijkt, dat men slechts zeer moeizaam op gang komt.

Niettemin, dit congres gaf de waarnemer toch ook de indruk van de bestaande activiteit: de praktijkvoering krijgt uitgebreid aandacht, de registratie wordt door verschillende onderzoekers „ausprobiert”, terwijl de hulp aan patiënten met psychosomatische klachten eveneens veel belangstelling heeft. Over wetenschappelijk onderzoek in engere zin werd echter nog nauwelijks bericht, maar wij twijfelen er niet aan dat deze toch zeer ijverige en toegewijde huisartsen hiertoe in nabije toekomst ook zullen geraken.

Het door zeer fraai weer begunstigde congres vond plaats in de grote zaal — capaciteit van 810 stoeltjes en tafeltjes — van het Kongresshaus aan de Auerspergstrasse te Salzburg. Het aantal ingeschreven deelnemers bedroeg ongeveer vierhonderd, afkomstig uit achttien landen (waaronder Nederland met vijf). De ontvangst door de organiserende vereniging onder aanvoering van de onvermoeibare Dr. F. Geiger was

hartelijk en gemoedelijk. Een deelnemerslijst ontbrak en evenmin droegen de deelnemers een naamkaartje, wat het onderling contact naar algemene ervaring niet vergemakkelijkt. Men was teleurgesteld dat de tekst van de voordrachten of althans een samenvatting daarvan niet beschikbaar bleek. De gelijktijdig gegeven Engelse vertaling van de Duitse tekst was slecht.

Het congres duurde vier dagen, waarvan alleen de ochtend van negen tot dertien uur werd benut. Hoewel Salzburg veel bezienswaardigheden in stad en omgeving biedt, lijkt het mij niet juist de duur van een wetenschappelijk congres derhalve met honderd procent te verlengen.

Uit deze kritische kanttekeningen moge genoegzaam blijken dat de N.H.G.-waarnemer verwend is in deze. Het moet in de toekomst mogelijk zijn deze schoonheidsfoutjes te vermijden.

H.

Salzburg, 14 september 1964.

Huisarts en kindbescherming

Dat het 19 september 1964 door de commissie tot voorbereiden van artsencursussen te Apeldoorn georganiseerde symposium over „Huisarts en kindbescherming” voor velen veelbelovend leek bleek uit de volledig gevulde zaal van de autotechnische school te Apeldoorn, waarbij uiteraard, naast vele collegae ook vele maatschappelijke werkers aanwezig waren. Mevrouw E. G. M. A. Kreyns-ter Braak, huisarts te Hilversum, sprak over „Problemen van de huisarts in zijn contact met de kindbescherming”, waarbij op de taak van de huisarts, ouders en bijna volwassen kinderen leiding te geven, werd gewezen. Per jaar worden in Nederland 3600 buitenechtelijke kinderen geboren. Hiervan is 40 procent van ongehuwde, minderjarige moeders afkomstig. Het ambtsgeheim ten opzichte van minderjarigen boven de 18 jaar, in geselecteerde gevallen zelfs boven de 16 jaar, dient de huisarts ook ten opzichte van de ouders van de minderjarigen te handhaven. Dit neemt niet weg, dat hij de verplichting heeft de minderjarige te bewegen zelf over haar problemen (meestal zwangerschap) met de ouders te spreken.

Een ander aspect van het ambtsgeheim is het verstrekken van inlichtingen met toestemming van de patiënt, indien deze een pleeg- of adoptief-kind wil aannemen. Het beste zou de huisarts alleen de vraag dienen te beantwoorden of het gezin geschikt is om een kind op te voeden. Zou dit om medische redenen ontkennend moeten worden beantwoord, dan zou deze reden alleen aan een medisch adviseur van de voogdijvereniging mogen worden opgegeven. Deze adviseur zou het gezin moeten keuren en de uiteindelijke beslissing nemen. Derhalve bepleitte spreekster, dat alle voogdijverenigingen en de adoptieraad een keurend arts in dienst nemen.

Mevrouw Prof. Mr. J. C. Hudig, buitengewoon hoogleraar in het kinderrecht en de kindbescherming te Utrecht en kinderrechtster te Rotterdam, gaf een heldere en boeiende uiteenzetting over „De organisatie van de justitiële kindbescherming”. De raden voor de kindbescherming nemen hierin een centrale plaats in. Zij zijn belast met het vooronderzoek van de gezinnen van bedreigde kinderen en beslissen welke maatregel bij de kinderrechtster zal worden aangevraagd. Men onderscheidt hierbij: *onder toezicht stellen*, het kind blijft thuis, maar het gezin wordt gecontroleerd door een gezinsvoogd; *onthefing uit de ouderlijke macht*; *ontzetting uit de ouderlijke macht*.

Onthefing geschiedt met toestemming, ja soms zelfs op aanvraag van de ouders; ontzetting is een strafmaatregel. De kinderen worden, met inschakeling van de voogdijverenigingen, in beide gevallen uit huis geplaatst; ongeveer 50 procent in pleeggezinnen en de rest in inrichtingen. In Nederland zijn 18.000 voogdijkinderen aan de zorg van 150 voogdijverenigingen toevertrouwd.

Daarnaast bestaat sinds 1956 de wettelijk geregelde adoptie, waarbij alle rechten van de natuurlijke ouders op de adoptiefouders overgaan.

Onder het kinderstrafrecht vallen alle minderjarigen tot 18 jaar. In uitzonderingsgevallen kan het strafrecht voor volwassenen reeds op 16-jarigen worden toegepast. Kenmerkend voor de houding van de kinderrechtster is wel, dat plaatsing in een tuchtschool, naast ter beschikking stellen de zwaarste straf, zo zelden voorkomt dat men met één jongenstuchtschool met 60 plaatsen uitkomt, terwijl daarentegen in de loop van één jaar 3600 ondertoezichtstellingen in kinderstrafzaken worden uitgesproken.

Na een goed georganiseerde rit naar het restaurant Kristalbad waar men lunchte en een (te) korte blik kon werpen op de tentoonstelling van boekwerken en folders betreffende de kindbescherming, werd het symposium voortgezet met een verhelderende lezing van Prof. Dr. Th. Hart de Ruyter, hoogleraar in de kinderpsychiatrie te Groningen, over „De herkenning van het bedreigde kind”. De preventie beweegt zich in de kinderpsychiatrie op drie vlakken. Voorkomen van het optreden van de bedreiging door beïnvloeding van factoren in de pre- en perinatale periode, met name van de moeder, maar ook, zo mogelijk, van het overige milieu. Verder herkennen van het bedreigde kind en hulp aan het gehandicapte kind.

Wat de herkenning van het bedreigde kind aangaat een enkel voorbeeld. Met zes maanden licht een kind terug wanneer er tegen de zuigeling wordt gelachen. Doet het kind dit niet, dan bestaat er een ernstige psychische of lichamelijke stoornis. Er zijn kwetsbare kinderen en crisoiden perioden, bijvoorbeeld: met acht maanden leert het kind vreemd en eigen onderscheiden; kwetsbare kinderen moeten in deze tijd worden beschermd voor milieuveranderingen, zoals reizen, maar ook voor veel bezoek thuis. In de puberteit worden de infantiele stoornissen gereactiveerd, waarbij zij andere vormen aannemen: spijbelen, gappen en jokken. Dit zijn uitingen van een tijdelijk verbroken evenwicht. Interventie is thans absoluut noodzakelijk, daar anders fixatie dreigt.

Van alle gestoorde volwassenen zou als kind reeds 15 procent te behandelen zijn. De M.O.B.'s doen echter alleen onderzoek en geven advies en de jeugdpsychiatrische diensten geven alleen advies, zodat de huisarts veel zelf zal moeten doen. Hiervoor dient hij echter beter te worden voorbereid: hij zal moeten leren samenwerken met paramedische krachten, met maatschappelijke werkers en leerkrachten van het B.L.O.

Mej. J. Alten, hoofd maatschappelijk werkster van de Landelijke Voogdijvereniging Kinderhulp, te Amsterdam, sprak over „Het maatschappelijk werk in de justitiële kindbescherming”. Hierbij ging spreekster uit van de verandering die in