

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

de laatste eeuw is opgetreden en waarbij maatschappelijk werk in plaats van weldadigheid is gekomen. Maatschappelijk werk is vakkundig hulp verlenen bij sociale nood. Sociale nood ontstaat bij het niet bevredigend functioneren van het individu in de grote of kleine groepen waarin het leeft. Taak van de maatschappelijk werker bij de kinderbescherming is het uitzoeken van het pleeggezin en het contact houden met de pleegouders, zo nodig met de ouders en de onderwijzers, van het kind.

Na afloop van de vier inleidingen ontwikkelde zich een geanimeerde forumdiscussie naar aanleiding van vragen uit de toehoorderskring. Zoals was te verwachten kwam het probleem van het ambtsgeheim weer naar voren, thans omdat de huisarts niet de mogelijkheid heeft om de Raden voor de kinderbescherming in kennis te stellen van het negatieve gedrag van de ouders. Hij zou moeten trachten dit via de maatschappelijk werker te spelen of via de schoolarts die meer vrijheid tot signaleren heeft. Soms kan ook het dreigen met

de justitie, die men echter niet mag waarschuwen, voldoende zijn om een situatie te veranderen. Het weigeren van het verstrekken van inlichtingen mag geen verschuilen achter het beroepsgeheim worden. De huisarts moet toegankelijk voor de maatschappelijk werker zijn, zodat een gemeenschappelijk opvangen van het kind mogelijk is.

Bij de verdere discussie bleek dat de Raden voor de kinderbescherming ook stellig hun beroepsgeheim hebben. Zo kan de huisarts geen inzicht worden gegeven in de rapporten. Wel wordt het wenselijk geacht dat de huisarts in kennis wordt gesteld, indien er een onder toezichtstelling plaats vindt en ook van de naam van de gezinsvoogd. Naast deze principiële punten werden nog vele technische vragen gesteld. Uit de discussie bleek ten slotte duidelijk hoe sterk de behoefte voor wederzijds begrip bij huisarts en kinderbescherming was en tevens dat dit initiatief van de commissie tot voorbereiden van artsenconsulten als bijzonder geslaagd moet worden beschouwd.

H.G.F.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

64-15. *Les accidents de la corticothérapie.* *Muller, J. M. (1963) Presse méd. 71, 2253.*

Cortison en de synthetische preparaten met analoge werking zijn uiterst waardevol, doch zij worden schromelijk misbruikt. Een analyse van de activiteiten van deze preparaten geeft ook een analyse van de mogelijke ongelukken. De meest spectaculaire werking van cortison en zijn derivaten is de ontstekingsremmende. Deze eigenschap is verantwoordelijk voor de meeste en ernstigste ongelukken. Het zijn de infectieuze accidenten, het „rebound“-fenomeen en de complicaties in het maag-darmkanaal.

De infectieuze ongelukken ontstaan, doordat de ontwikkeling van antilichamen wordt geremd en de bindweefselbarrière verminderd. Hierdoor kunnen opgesloten ziektekiemen vrij komen en wordt het verdedigingsmechanisme tegen intercurrentie infecties verstoord. Gevreesd zijn de hevige infecties tijdens corticothérapie. Hoge doses van het juiste antibioticum zijn in deze gevallen nodig. Gevaar dreigt vooral ook bij plaatselijke behandeling. Het gevaar van reactivering van een tuberculeuze besmetting is zeer reëel. Ook virusbesmettingen kunnen gevaarlijk zijn tijdens behandeling met corticosteroiden. Zo zijn hemorrhagische waterpokken beschreven en catastrofes ten gevolge van de behandeling van herpes corneae en trachoom met bijnierschorspreparaten. De therapie van hepatitis infectiosa met corticosteroiden kan gevaarlijk zijn door verergering en door, vooral neurologische, complicaties. Het risico bij virusinfectie is groot, omdat er geen specifieke antivirale behandeling mogelijk is.

„Rebound“ ziet men vooral bij acuut gewrichtsreuma na staking van de cortisontherapie. Deze terugslagen kunnen dodelijk verlopen.

Het meest berucht zijn de complicaties optredend in het spijsverteringskanaal: typische ulcera, vooral van de maag, met gevaar voor bloeding en doorbraak. Patogenetisch is het opvallend, dat de preparaten met de sterkste anti-inflammatoire werking ook sterker ulcerogeen zijn. Het ontstaansmechanisme is nog onbekend. Men denkt aan vasculaire veranderingen, maar ook aan trofische veranderingen van de cellen van maag- en darmwand. De zweren treden vooral op bij gepredisponeerden. Vóór elke corticothérapie is het opnemen van een persoonlijke en een familie-anamnese voor maag-darmzweren noodzakelijk. Hoge dosering doet de frequentie van deze complicatie toenemen, doch ook bij lage doseringen kan men het optreden van ulcera in het maag-darmkanaal verwachten. De periodiciteit van de ulcusziekte maakt, dat langdurige behandeling met corticosteroiden het ontstaan van deze complicatie bevordert. De maag-darm-

kanaalaandoeningen kunnen latent blijven; vaak worden dyspeptische klachten, vooral pyrosis, geuit; meestal hoort men een typisch ulcusverhaal. Bloedingen kunnen zonder waarschuwing optreden en zij zijn soms overvloedig. Operatieve therapie voor deze bloedingen is hachelijk. Het meest gevreesd is de perforatie, soms zonder waarschuwing; onduidelijke symptomen, zeer moeilijke, teleurstellende chirurgische therapie. Men moet dus steeds deze formidabele risico's goed onderkennen vóór en tijdens elke behandeling met corticosteroiden. Verder zij men voorzichtig bij divertikels, bij hemorrhagische recto-colitis en bij febris tyfoidea.

De endocrine activiteit van de corticosteroiden kan gevaren opleveren bij beëindiging van deze therapie. Bijnierinsufficiëntie is het gevaar, waardoor alle stress-situaties levensgevaarlijk kunnen zijn. De vermindering van de activiteit van de bijnierschors begint al in de eerste tien dagen van de behandeling, wordt intenser met de duur van de behandeling en herstelt zich vrij langzaam. Geleidelijk afbreken van een corticothérapie is noodzakelijk. Na langdurige steroïdbehandeling zijn ACTH-injecties aangewezen. De androgene bijwerkingen, acne, hirsutisme, alopecia, kunnen hinderlijk zijn.

Bij het Cushingsyndroom zijn de stofwisselingsstoornissen vooral van belang: stoornissen in de water- en zoutuitscheiding, kaliumdiurese, diabetes mellitus, afwijkingen in de botstructuur, vetzucht, en nierinsufficiëntie. Water- en zoutretentie uit zich in gewichtstoename, vorming van oedeem en het optreden van hypertensie. Bij het gebruik van prednison en prednisolon in doseringen tot dertig mg per dag zijn deze stofwisselingsstoornissen meestal ongevaarlijk. Toch dreigt steeds het acute longoedeem. Worden de cortisonpreparaten gebruikt als diuretica, bij nefrose of cirrose, dan dreigt het gevaar van natrium- en chloordepletie. Hypokaliëmie kan vermoeidheid veroorzaken, verlammingen of myocardafwijkingen. Bij de behandeling van levercirrose met cortisonen en diuretica dreigt het coma hepaticum.

Corticosteroiden kunnen bij niet-diabetici geen permanente diabetes mellitus veroorzaken. Zij kunnen wel gevaarlijk zijn bij lijdens aan diabetes en bij gepredisponeerden. Ook bij niet-diabetici kunnen corticosteroiden hyperglycemie geven, welke bij staken of vermindering van de dosering verdwijnt.

Botafwijkingen zijn: osteoporose, meestal latent, soms echter leidend tot het ontstaan van fracturen en dwarslesie; aseptische necrose, vooral gevonden aan het caput femoris.

De zwaarlijvigheid ontstaat door vermeerdering van de eetlust en kan groteske vormen aannemen. Nierinsufficiëntie treedt op bij van te voren niet geheel intacte nierfunctie.

Neurologische en psychiatrische accidenten zijn bekend.