

in het programma waren talloze aanknopingspunten uit de dagelijkse praktijk en volop gelegenheid voor vragen stellen en discussie. Evaluatie van de cursus wees uit dat er een zeer stimulerende invloed op de deelnemers was geweest. Wanneer men echter daarnaast bedenkt dat met deze cursus nog geen vijf procent van alle huisartsen in ons land werd bereikt, kan men slechts hopen dat dit initiatief in vele medische centra wordt gevolgd.

De stelling van de voorzitter dat de organisatie van een systematische continue medische nascholing in ons land dringend gewenst is, vormde een waardig besluit van de ochtend.

De tentoonstelling was ons inziens bijzonder geslaagd; behalve de jaarlijkse boekenpresentatie — ditmaal op verscheidene kleine tafels, waar men omheen kon lopen — waren er stands van de Stichting technische voorlichting ten behoeve van lichamelijk gehandicapten; van het Voorlichtingsbureau Voeding samen met het Ivoren Kruis en de Stichting bevordering hygiënische gewoonten; van zogenaamde „disposables” (instrumenten voor eenmalig gebruik) en van het Nederlands Huisartsen-Instituut inzake het hart-onderzoek.

Na de — samen met de dames gehouden — lunch, ging voor het eerst in de geschiedenis van het Genootschap het congres in zes secties uiteen, waarbij door verschillende inleiders bepaalde delen van de preventie werden belicht. De tekst van deze inleidingen was aan de deelnemers tevoren toegestuurd, zodat de gehele anderhalf uur voor discussie ter beschikking stond. Na de thee kwam men weer in pleno bijeen, waarop de rapporteurs van de verschillende secties verslag uitbrachten van hetgeen was besproken, waarna ten slotte de voorzitter een samenvatting van het geheel formuleerde. Dit experiment lijkt ons stellig navolging waard. Vooropgesteld moet worden dat het thema in het algemeen en de verschillende onderdelen in het bijzonder, verre van eenvoudig waren. Verder is discussie in een zo grote groep (ongeveer veertig deelnemers) moeilijk. Daarnaast leek de instructie van de verschillende rapporteurs niet eender te zijn geïnterpreteerd, ten minste de eerste vier gaven nog eens een samenvatting van de inleiding, waardoor die van het in de sectie besprokene wat in de verdrukking kwam. Afgezien van dit schoonheidsfoutje verdient het initiatief grote waardering en voor de verschillende inleiders, voorzitters en rapporteurs der secties niets dan lof.

Over de rapportage laten wij hier slechts enkele kanttekeningen volgen:

In sectie I, preventie van ongevallen bij kinderen, kwam naar voren dat de taak van de huisarts in de gezinssituatie een opvoedende en daarbuiten een signalerende is. Tevens werd met betrekking tot preventie in het algemeen de aandacht gevestigd op het begrip „ideeënbuis”, waarvan men hoopte dat het N.H.I. in de toekomst als intermediair zal fungeren.

In sectie II, preventie van conflictsituaties in de arbeidsfeer, kwam naar voren dat kennis nemen door de huisarts van de arbeidssituatie van de patiënt en het relatie hebben van de huisarts met de bedrijfsarts, gewenst is. Verbetering van de communicatie huisarts-bedrijfsarts is daartoe nodig. De huisarts zou vooral een taak hebben op het gebied van de op de arbeidsfase volgende rustfase; beïnvloeding van de patiënt door de huisarts op dit gebied, achtte men mogelijk.

In sectie III, preventie van stoornissen ten gevolge van ondoelmatige voeding, kwam onder meer naar voren dat moet worden gestreefd naar een vetbeperking tot 30 cal/%; dat de Voedingsraad werkt aan een zogenaamd veilig menu; dat een kind metabolisch geen behoefte heeft aan snoepen en dat grote hoeveelheden eiwitten in de voeding geen nadelige invloed op de gezondheid hebben.

In sectie IV, preventie van instabiliteitsklachten, werd bepleit dat de heilgymnast een volledige diagnostische instructie van de huisarts ontvangt, waarna men aan de heilgymnast overlate welke oefeningen worden gemaakt. De taak van de huisarts is, zorgen voor een betere communicatie met de heilgymnast, bevorderen van pre-operatieve training en motiveren van de patiënt waarom hij sport dient te beoefenen (welke

sport kan beter door de deskundige sportleraar worden aan-gegeven).

In sectie V, preventie van psychische stoornissen in de algemene praktijk, kwam onder andere naar voren dat vooral een goede arts-patiënt-relatie hierbij van groot belang is; de medisch psychologische werkgroepen bieden een belangrijke hulp aan de huisarts voor dit soort preventief werk, wat tevens geldt voor het zich trachten te distantiëren van de diagnose en de patiënt niet als neuroticus of psychopaat te zien en hem daardoor als aanvaarden.

In sectie VI, de preventie van misbruik van geneesmiddelen, werd onder meer bepleit het vermelden van het recept op de verpakking van het geneesmiddel, verbetering van de communicatie tussen specialist en huisarts, het geven van een goede voorlichting aan de artsen, waarvoor samenwerking met de Maatschappij voor Pharmacie noodzakelijk zal zijn en ten slotte afschaffing van de proefmonsters! De discussie in deze sectie werd ten slotte scherp samengevat met het advies voor de huisarts inzake geneesmiddelenmisbruik in de eerste plaats hand in eigen boezem te steken.

Voorzitter Huygen vatte hierna op voortreffelijke wijze de vele suggesties samen. Op het gebied van de preventie zal veel wetenschappelijk onderzoek door huisartsen dienen te worden verricht. Veel meer dan tot nu toe zal men zich bezig moeten houden met de gezondheid, welke actief zal moeten worden bewaakt, enerzijds door bedreigingen weg te nemen of te verminderen, anderzijds door de gezondheid op te voeren door verbetering van de conditie: lichamelijke en geestelijke training ter voorkoming van inactiviteitsatrofie. Vervolgens werd gesteld dat werkzaam zijn op preventief gebied het bij zichzelf beginnen impliceerde. Het meer aandacht schenken van de arts voor de gezondheid van het individu zal diep ingrijpen in de arts-patiënt-relatie. Hierbij zullen andere methoden van voorlichting en ook groepsgewijs voorlichten, naast een goede techniek van kennisoverdracht, nodig zijn. De denkbeelden inzake de preventie, aldus eindigde de voorzitter deze samenvatting, zullen bij ons toekomstig werk een sterke invloed moeten krijgen.

Met woorden van dank in het algemeen aan allen die er toe bijdroegen dit congres te doen slagen — de deelnemers niet in het minst — en in het bijzonder aan de congrescommissie en de leden van het N.H.G.-secretariaat, verklaarde Huygen het congres voor gesloten met een tot ziens in 1966 bij het tienjarig bestaan van het Genootschap!

H.

IN MEMORIAM I. J. HAVELAAR

Op 10 september 1965 overleed plotseling onze collega en vriend I. J. Havelaar, arts te Rotterdam. Door zijn verscheiden, ogenschijnlijk in volle gezondheid, waren zijn vrouw en kinderen, maar evenzeer zijn vele patiënten verbijsterd en verslagen.

Na zijn studie in Leiden in 1935 te hebben beëindigd, vestigde hij zich in 1937 als huisarts in Heusden, waar hij de moeilijke oorlogsjaren doormaakte. Vanaf 1948 was hij als huisarts in zijn geboortestad Rotterdam werkzaam, waar hij zich spoedig een uitgebreide praktijk verwierf.

Het leven van Havelaar kan worden gekenmerkt door twee leidende motieven: zijn toewijding en steun aan hen, die zich als patiënt aan zijn zorg toevertrouwen en zijn hoge waardering voor de arbeid van de huisarts. Van het laatste getuigen onder meer zijn activiteiten in het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarin hij jarenlang tot mei van dit jaar het voorzitterschap van het centrum Rotterdam bekleedde. Van zijn verdere functies dienen vermeld het bestuurslidmaatschap van het Sophia Kinderziekenhuis en het Groene Kruis, afdeling Rotterdam. Van de commissie voor de kankerbestrijding van de Zuid-Hollandse Vereniging het Groene Kruis was hij voorzitter. Voorts was hij erelid van de Rotterdamse Vereniging voor EHBO.

Door zijn patiënten werd hij om zijn onverdroten toewijding en zorg voor hun gezondheid zeer gewaardeerd. Als deelnemer aan een kring van medici, die regelmatig bijeenkwam om over medische zaken te spreken, hebben wij veel geleerd

van het enthousiasme dat hem bezielde bij het behandelen van zijn patiënten en zijn grote belangstelling voor de medische wetenschap.

Voor zijn gezin betekent zijn heengaan een onherstelbaar verlies. Moge troost en berusting het deel zijn van zijn vrouw, die hem ook in zijn medische arbeid terzijde stond, en van zijn kinderen voor wie hij een lichtend voorbeeld was van plichtsbetrachting en toewijding. Onze vriend Havelaar heeft gewoekerd met de talenten, welke God hem had toevertrouwd. Moge hij thans van zijn arbeid rusten in vrede.

J. H. Landwehr

UIT DE C.W.O.

Nu het N.H.I. steeds beter op gang komt worden de werkzaamheden van de C.W.O. meer en meer gericht op gezamenlijke projecten. Doordat van de C.W.O., evenals van de andere grote N.H.G.-commissies, twee leden betrokken zijn bij de Raad van Advies van het N.H.I., bestaat er een goed onderling contact, mede omdat Van Es en De Waard in de C.W.O. zitting hebben.

De besprekingen, welke over onderzoeken in de C.W.O. plaatsvinden, worden meermalen in een later stadium uitgewerkt door de staf van het N.H.I., waarna hiervan op regelmatige tijden in dit tijdschrift verslag wordt gegeven. Het lijkt dus weinig nuttig om bijvoorbeeld over besprekingen betreffende het hartonderzoek ook in deze rubriek nog uit te weiden. Dit geldt evenzeer voor andere discussies, zoals het plan van het N.H.G.-bestuur tot onderzoek naar en bevordering van het optimaal functioneren van de huisarts, het mazelenonderzoek, het registrerend kankeronderzoek, het plan tot wederzijds praktijkbezoek en het rapport Postuniversitaire beroepsopleiding tot huisarts. Elders is of wordt hierover reeds geschreven. Over de onderzoeken, welke door de nieuw opgerichte Nederlandse Huisartsen-Onderzoeksgroep (N.H.O.) worden voorbereid en verricht, zal te zijner tijd door deze groep zelf verslag worden uitgebracht.

Het blijkt steeds meer dat de inbreng van praktizerende huisartsen in de discussie over wetenschappelijk onderzoek essentieel is. De voeling met de dagelijkse praktijk blijkt noodzakelijk om de onderzoeken een reële basis te geven, enerzijds omdat vanuit de praktijk problemen naar voren moeten komen betreffende de aanpak en de behandeling van ziekten of de benadering van het huisartsenwerk, anderzijds omdat moet worden beoordeeld of een op te zetten onderzoek — hoe waardevol dit ook op zichzelf kan zijn — ook in de praktijk te verwezenlijken is. Vragen die hierbij steeds rijzen zijn: Sluit de vraagstelling van het onderzoek aan bij het dagelijks werk van de huisarts?; ligt het onderwerp in de belangstelling van de huisarts?; ziet de huisarts voldoende patiënten, die betrekking hebben op het onderzoek?; welke hoeveelheden werk brengt het onderzoek mee voor de deelnemers?; heeft de huisartsgeneeskunde hier en nú behoefte aan dit bepaalde onderzoek?

Het blijkt dat bij grote onderzoeken vrij veel collegae positief reageren door zich aan te melden, maar dan na de aanmelding niets meer van zich laten horen, ook niet na enkele aanmaningen. Verder worden er bij elk onderzoek nauwkeurig en volledig respectievelijk slordig en onvolledig ingevulde formulieren terugontvangen. Deze verscheidenheid vermindert de waarde van de uitkomsten en bezorgt de werkers van het onderzoek veel extra werk. Met behulp van statistische methodieken kunnen op deze uitkomsten weliswaar correcties worden aangebracht, doch het blijft jammer, dat een onderzoek, waaraan zoveel werk wordt besteed, nadelig wordt beïnvloed door collegae, die aanvankelijk positief reageren, doch naderhand hun toezeggingen niet of niet geheel gestand doen. Daarom werd er in de C.W.O. meermalen op aangedrongen, dat er een registratiesysteem komt van de deelnemers aan alle grote onderzoeken, waarbij bepaalde criteria moeten worden aangelegd over de wijze van deelname. Door het aanleggen van zogenaamde zwarte, grijze en witte lijsten zal het rendement van de onderzoeken kunnen worden vergroot. Tevens kunnen dan de berekening van het benodigde aantal deelnemers en de tijdsduur van het onderzoek nauwkeuriger worden vastgesteld. Met het N.H.I. is contact opgenomen over de praktische verwezenlijking van een dergelijk registratiesysteem.

Bij de bespreking bepaalde groepen van ziekten te onderzoeken, werden als voornaamste onderwerpen genoemd: ongevallen (met differentiatie — naar analogie van het hartonderzoek — bijvoorbeeld in frequentie-onderzoek, achtergronden van ongevallen bij kleuters in huis, indicaties voor antitetanusserum en behandeling van kleine ongevallen thuis); acute infectieziekten van de bovenste luchtwegen, urinewegen en maagdarmkanaal; aandoeningen van bewegingsorganen, bijvoorbeeld rugklachten; aandoeningen van de tractus digestivus, vooral maagbezwaren; seksuologische problematiek met inbegrip van (orale) anticonceptie.

Een voorstel over een erfelijkheidsonderzoek voor familiale aandoeningen werd niet voor uitvoering geschikt geacht, omdat voor een dergelijk onderzoek een aantal bijzonder geïnteresseerde huisartsen nodig is dat het onderzoek ook zou moeten intrekkén als dit meer tijd zou gaan kosten.

Een onderzoek naar het gebruik van de telefoon werd als te belastend beschouwd. Hierover is ook contact opgenomen met de commissie Praktijkvoering.

Vier leden van de C.W.O. hebben in gezelschap van een socioloog begin september 1965 op uitnodiging een reis naar Engeland gemaakt en contacten gelegd met het „College of General Practitioners” en de „Research Committee”. Zij bezochten Londen, Birmingham en Guildford. Voor de C.W.O. heeft deze studiereis verschillende gezichtspunten opgeleverd: Voor de uitbouw van het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde naar de periferie toe, is meer contact nodig. Voor deze contacten zijn professionele krachten nodig vanuit het N.H.I. Voor de werkwijze van de C.W.O. zou het ook van belang zijn, dat het dagelijks bestuur in navolging van de Research-Committee nog meer de „politieke” beleidslijnen van de Commissie zou uitstippelen.

In Groot-Brittannië is door een oproep aan alle huisartsen een register aangelegd van ieders persoonlijke belangstelling en werk op wetenschappelijk gebied. Dit research-register is echter tot nu toe nog niet uitgewerkt, hetgeen te denken geeft. De opzet van de N.H.O. is toch wel anders dan het aanleggen van een research-register. Bij de N.H.O. wordt alleen gevraagd naar huisartsen, die zich bereid verklaren mee te doen aan een eventueel onderzoek.

In Engeland zijn ook veel indrukken opgedaan over de verschillende wijzen van morbiditeits-onderzoek, zoals „age-sex-register”, „E-book”, „S-kaart”, „outcome of pregnancy” en dergelijken. Om een begin te maken en ervaringen op te doen, zou het gewenst zijn dat een aantal artsen eens een tijd lang zou werken met zulk een morbiditeitsregistratie of een leeftijd-geslacht-register.

Er wordt in Engeland nogal wat aandacht besteed aan de motieven rondom het werk van de huisarts. Dit is een moeilijk terrein voor nader onderzoek. In het eerste stadium wordt de persoonlijkheid van de arts en de eventuele relatie hiervan met bepaalde typen van praktijk bekeken. Daarna richt het onderzoek zich naar de houding van de arts, zoals inzicht en ontvankelijkheid ten aanzien van het totale eigen werk, sociale ontvankelijkheid ten aanzien van patiënten, collegae, zichzelf en zijn sociale omgeving en het vermogen tot organisatie van de eigen praktijk. In een bespreking met het N.H.I., waarbij ook de psycholoog aanwezig was, bleek dat dit een zeer uitgebreid en kostbaar onderzoek zou worden, terwijl de resultaten ervan toch maar beperkt zouden blijven.

Tijdens gesprekken met de Engelse collegae kwam duidelijk naar voren, dat de problemen op research-gebied daar vaak dezelfde zijn als in Nederland. De mogelijkheden en faciliteiten, waarover onze Engelse collegae op dit gebied de beschikking hebben, zijn indrukwekkend.

Van der Sande

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Bijdragen worden bij voorkeur tegemoet gezien in machineschrift, in duplo, met toepassing van een brede kantlijn en op ten minste anderhalve regel afstand getypt. Men besluite het artikel met een korte samenvatting.