

maire eczemen, zelfs konden zij worden gezien voordat er van primaire eczemen sprake was. De meest voorkomende lokalisaties van deze secundaire verschijnselen zijn de elleboogsplooiën, de zijkanen van de hals, de romp, de binnenkant van de bovenbenen en soms het gehele lichaam. Ook aanvallen van algemene jeuk en van jeuk van de oogleden mag men tot deze groep rekenen.

Wat de therapie betreft kan worden gezegd dat, zonder tot zelfbehandeling over te gaan, weer eerst moet worden geprobeerd alle metaalcontact te vermijden, met name ook wat betreft de handen. Verder moet de patiënt worden geseedeerd. Wanneer de patiënt met deze behandeling niet duidelijk en snel verbeterd dient er allereerst rekening te worden gehouden met de vaak praktische onmogelijkheid nikkelcontact van de handen te vermijden. Verder kan het zijn dat ander eczemen het beeld zijn gaan compliceren.

Andere eczemen werden door Calnan bij plm. 33 procent van zijn nikkelallergische patiënten gevonden. Dat een van de vijf patiënten een eczeem van de handen, „huisvrouweneczeem”, bleek te hebben kan worden gezien als een oorzaak voor, maar even goed als een gevolg van nikkelsensibilisatie. Wanneer men bedenkt dat er vaak een predispositie zal zijn om allergisch te worden en dat het optreden van de ene allergie predisponeert tot het verkrijgen van een andere allergie, dan is het

duidelijk dat deze bijkomende eczemen, al of niet allergisch van origine, het bovenbeschreven klinische beeld bij enkele patiënten kunnen vertroebelen. Wanneer dan ook een vermoedelijk nikkelallergische patiënt met de hierboven beschreven voorschriften niet geneest, is het verstandig de patiënt naar de dermatoloog te verwijzen, daar bij een groot aantal van deze patiënten zich andere allergieën hebben ontwikkeld, die alleen met plakproeven kunnen worden aangetoond.

Samenvatting. In een stadspraktijk werd bij 27 van 1100 vrouwen een sensibilisatie door nikkel aangetoond. Een verklaring wordt gegeven waarom de grote frequentie van dit ziektebeeld bij de huisarts en doorgaans ook bij de huidaarts zo weinig in het oog springt. Verschijnselen en complicaties van nikkelallergie worden beschreven.

Summary. Nickel sensitivity. Sensitization to nickel was demonstrated in 27 out of 1100 women in a city practice. An attempt is made to explain why general practitioners, and as a rule also dermatologists, pay so little attention to the high frequency of nickel allergy, the symptoms and complications of which are discussed.

Blaschko, A. (1889) Dtsch. Med. Wschr. 15, 925.
Calnan, C. D. (1956) Brit. J. Derm. 68, 229.
Calnan, C. D. en G. C. Wells (1956) Brit. med. J. I, 1265.
Kortenhorst, F. H. J. (1964) Nikkelallergie in een huisartsenpraktijk. Academisch proefschrift, Amsterdam.
Marcussen, P. V. (1959) Brit. J. Derm. 71, 97.
Marcussen, P. V. (1960) Brit. J. industr. Med. 17, 65.
Schittenhelm, A. en W. Stockinger (1925) Z.ges. exp. Med. 45, 58.
Wells, G. C. (1956) Brit. J. Derm. 68, 237.

World Health Organization-seminar on Public Health Practice and the Prevention of Mental Illness

Naar een definitie van Van de Calseyde — (1964) T. Soc. Geneesk. 42, 604 — directeur van het Regional Office Europe van de World Health Organization (W.H.O.), is een seminar een kleine bijeenkomst, waar in een bepaald onderwerp gespecialiseerde deelnemers onder leiding van een deskundige gezamenlijk het gekozen onderwerp bespreken en hun ervaringen uitwisselen.

Vergeleken met internationale conferenties, waar soms tot 2000 deelnemers aanwezig zijn, was op deze van 6 tot 17 juli 1964 in Londen gehouden bijeenkomst inderdaad sprake van een gering aantal deelnemers, aangezien het nimmer de zestig overtrof. Naar Nederlandse begrippen is dit nog een grote groep, welke vergadertechnisch moeilijk te hanteren is, zeker indien men bedenkt, dat deze deelnemers uit alle landen van Europa afkomstig waren en in hun communicatie waren aangewezen op het spreken van een taal, welke meestal niet hun moedertaal was. Het seminar was drietalig: Engels, Frans en Russisch. Zowel in de plenaire zitting als in twee van de vier gemengde discussiegroepen (Engels-Russische en Frans-Engelse) vond simultane vertaling plaats van het gesprokene. Door een knop te bedienen kon men de taal kiezen, welke men, via zijn koptelefoon, wilde beluisteren.

De dagindeling van het seminar bestond in het algemeen uit een plenaire ochtendzitting van ongeveer anderhalf uur, waarin door een forum van drie tot vier personen het onder-

werp van de dag werd ingeleid. Deze forumleden waren daartoe aangezocht uit de deelnemers of speciaal van buiten daartoe aangetrokken. Na deze inleiding was er alleen gelegenheid tot het stellen van „clarifying questions”. Vervolgens ging men naar een van de vier vaste werkgroepen, welke, in zittingen van eveneens ongeveer anderhalf uur, welke zowel in de ochtend als in de middag plaatsvonden, het leeuwedeel van het werk van het seminar verzetten. Er was een Engelse, Franse, Engels-Russische en Frans-Engelse discussiegroep met een vaste discussieleider en een wisselende rapporteur. In een de werkdag afsluitende plenaire middagzitting werd uit de vier discussiegroepen gerapporteerd. Daarna werd gelegenheid gegeven over het gehoorde in discussie te treden. Hiervan werd veel gebruik gemaakt.

Er waren vier categorieën deelnemers: deskundigen op het gebied der openbare gezondheidszorg, verantwoordelijk voor gezondheidsdiensten op districts- of plaatselijk niveau (Medical Officers of Health); psychiaters en sociaal-psychiaters; kinderartsen en huisartsen; wijkverpleegsters, districtsverpleegsters en maatschappelijke werkers.

Teneinde een evenredige verdeling van de disciplines op het seminar te waarborgen, had het secretariaat van de W.H.O. voor Europa aan elke regering medegedeeld uit welke van bovengenoemde categorieën het een afvaardiging van het betrokken land wenste. Elk land mocht een of twee afvaardigden zenden en desgewenst ook nog een waarnemer, zij het

dan op eigen kosten. Nederland werd gevraagd een huisarts en een districtsverpleegster (zuster J. Postma) af te vaardigen. Op deze wijze waren meer dan twintig psychiaters of sociaal-psychiaters, acht medical officers of health, drie kinderartsen, twee huisartsen (H. N. Levitt en schrijver), drie verpleegsters (public health nurses), drie maatschappelijke werksters en enkele docenten, die zich speciaal met de opleiding van public health nurses bezighouden, vertegenwoordigd. Daarnaast was een W.H.O.-staf aanwezig, versterkt met enkele prominente, in het onderwerp gespecialiseerde genodigden.

Het was niet de bedoeling te komen tot een aantal conclusies, of een afgerond rapport waarmee iedere deelnemer kon instemmen, zoals dat de gewoonte is van een zogenaamd expert committee. Het doel van dit seminar was gericht op uitwisseling van ervaring. Door aan de nieuwe ontwikkeling meer bekendheid te geven wilde men trachten meer aanpassing te bewerkstelligen van de openbare gezondheidsdiensten aan de veranderde inzichten.

De eerste dag van het seminar werd besteed aan het uitstippelen van de principes waarop men de gedachtenwisseling zou grondvesten. Het kiezen van de gemeenschappelijke uitgangspunten voor een vergadering als deze is van het grootste belang, temeer daar men, zoals ook in de loop van dit seminar weer bleek, wel dezelfde woorden gebruikt, doch daaraan vaak een andere gevoelswaarde toekent. Ook het geheel niet kennen van elkaars gezondheidsorganisaties, de opbouw, de functie van de verschillende takken van dienst, en ook onbekendheid met opleiding, kennis en mogelijkheden van de verschillende daarin werkende deelnemers, is een probleem. Steeds weer blijkt dat als men uitgaat van ervaringen in het eigen land deze elders geheel anders zijn. Op grond hiervan werd eerst „The preventive aspects of mental health care”, het door onze landgenoot Prof. dr. A. Querido (Amsterdam) opgestelde „working paper” in discussie gebracht. Helaas was Querido door plotselinge ziekte verhinderd deze vergadering zelf te presideren en nam de tweede voorzitter, de Rus Lebedev (Leningrad) noodgedwongen het voorzitterschap gedurende het gehele seminar waar, hoewel het in de bedoeling had gelegen dat zij beurtelings de vergadering zouden leiden. De algemene leiding berustte nu bij de psychiater Donald Buckle, Regional Officer for Mental Health van de W.H.O., die zoals in de loop van het seminar bleek, zich van deze taak uitstekend kweet.

Querido, die ook nauw betrokken was bij de organisatie van dit seminar, onderscheidde in zijn algemeen zeer gewaardeerde bijdrage drie niveaus van preventie. Bij de primaire preventie kan de ziekte zich niet ontwikkelen, ontwikkelt zij zich zeer zeldzaam of in een zeer gemitigeerde vorm. Deze preventie is te vergelijken met de pokkenvaccinatie. Het agens is bekend, de middelen om dit te verzwakken eveneens en de immuniteit kan worden verworven zonder ernstig ziek te worden. Helaas is het agens van vele geestesziekten in het algemeen niet bekend. Daardoor vervalt men vaak in het stadium van de secundaire preventie, waarbij de ziekte getermineerd wordt zodra manifeste symptomen zijn uitgebroken. Bij ernstige geestesziekten, zoals bijvoorbeeld schizofrenie, is men niet in staat, ook al wordt de ziekte als zodanig herkend, deze afdoende te behandelen; er treedt een wisselende graad van invaliditeit op. Wij vervallen daardoor automatisch in de tertiaire preventie, waarbij men tracht door revalidatie en aanpassing van het individu de gevolgen van de ziekte tot een minimum te beperken.

Deze uitgangspunten waren voor een Nederlandse huisarts niet nieuw. Immers, het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele, of gezinsgezondheid, vormde de inhoud van de zorg voor de gezondheid, welke zoals op de Woudschoten-conferentie van 1959 gesteld werd, de huisarts als behorend tot zijn taakomschrijving rekent. Het doet er dan niet toe dat men primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie respectievelijk preventieve, curatieve en revaliderende activiteiten noemt. Hoe het ook zij, hier werd onder de beperkende titel „preventie” het gehele medische handelen ondergebracht, hetgeen als internationale afspraak nuttig is, doch wel wat verwarrend, als men alleen de titel van het seminar — the Prevention of Mental Illness — in zijn oude eenzijdige betekenis beschouwt.

Het is duidelijk, dat primaire preventie op geestelijk-hygiënisch gebied vaak buiten de werkingssfeer van de psychiater valt, omdat hij meestal pas in het stadium van de behandeling van geestesziekten daarbij wordt betrokken. In het moderne dynamische geneeskundig denken heeft een verschuiving plaatsgevonden naar het aangrijpen van ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium van ontwikkeling. De verantwoordelijkheid voor deze primaire preventie komt voor een deel op de schouders van de huisarts neer. Aangezien deze huisarts niet alleen huisarts is van individuen maar ook gezinsarts is, was het eerste onderwerp, dat op het seminar ter sprake kwam — „The child and his family” — voor hem van bijzonder belang. Dit onderwerp werd vooral benaderd vanuit de relaties in het gezin, vanuit de wederkerigheid in die relaties en vanuit de daarin soms optredende relatiestoornissen. Op een westers georiënteerde conferentie mag het vanzelfsprekend worden geacht, dat het gezin wordt beschouwd als de primaire broedplaats en de plaats van koestering en liefde voor het kind, zodat het zich aanvaard en geborgen voelt. Het gezin geldt ten onzent als de weliswaar kleinste, maar toch belangrijkste groepering in de maatschappij bij de normale ontwikkeling van het individu.

Aan deze conferentie werd echter niet alleen deelgenomen door westers georiënteerde deelnemers. Met name van het oostelijk blok zou kunnen worden gezegd, dat daar in het verleden aan het gezin niet dezelfde plaats in de maatschappij werd gegeven als die welke het hier altijd al toekwam. Men heeft daar wel gebruik gemaakt van gemeenschapsopvoeding van het kind naast gezinsopvoeding. Deze gemeenschapsopvoeding hebben de Mensjewiki onder meer meegenomen naar Israël en deze is daar thans nog aanwezig in de kibboets. Hoe het ook zij, deze gemeenschapsopvoeding heeft minder goed voldaan en het was dan ook verheugend te horen, dat in het oostelijk blok na deze ervaring op geestelijk hygiënische gronden wordt getracht het gezin te restaureren en daarmede ook de gezinsopvoeding te stimuleren. Uiteraard is de gemeenschapsopvoeding niet van de baan en vooral in de vorm van jongerenorganisaties nog aanwezig, doch deze komen eerst in een later stadium van de ontwikkeling van het kind aan de orde.

In dit licht bezien was het op de agenda plaatsen van het gezin als eerste onderwerp een belangrijke stap. Doordat er geen controversen ontstonden bij de beschouwingen van het seminar werd hierdoor, meer dan op het eerste gezicht lijkt, de plaats van het gezin bij de ontwikkeling van het kind onderstreept. Indien zich relatiestoornissen in het gezin voordoen, werd duidelijk gemaakt wie bij preventie en behandeling primair een belangrijke rol kunnen spelen. In de eerste plaats kwamen daarbij uiteraard de ouders ter sprake, maar daarop volgden onmiddellijk de huisarts, de schoolarts, de onderwijzer, de geestelijke verzorger, de public health nurse en de maatschappelijke werkster.

In grote trekken herkennen psychiater en huisarts wel de oorzakelijke factoren in de abnormale ontwikkeling van het emotionele leven van hun patiënten, aldus Querido in zijn working paper. Het ontbreekt hun echter vaak aan de praktische mogelijkheid deze kennis therapeutisch te gebruiken. Dit berust niet zozeer op eigen onvermogen, als wel op het feit, dat de kennis omtrent deze materie nog geen gemeengoed is van het lekenpubliek. Op het punt van de primaire preventie van neurosen bevinden wij ons nog in eenzelfde stadium van ontwikkeling als aan het einde van de vorige eeuw gold voor bacteriële preventie. Medici wisten toen dat melkbussen niet met slootwater moesten worden schoongemaakt, maar de boeren hadden er moeite mee dit na te laten, dat hebben ze trouwens nu nog wel eens. Dit betekent dat, ook al hebben wij als medici reeds aanzienlijk inzicht in de omstandigheden, zoals niet de oorzaken, die tot een neurotische ontwikkeling kunnen leiden, de techniek van de preventie moet worden geïntegreerd in de activiteiten en in de houding van hen, die met het opgroeiende individu te maken hebben. Dit zijn naast huisarts, schoolarts, onderwijzer, verpleegster en maatschappelijke werkster, vooral de ouders van het kind of hun vervangers. De medicus zal met hen moeten werken, aangezien zij even grote verantwoordelijkheid hebben als hij bij de behandeling van de patiënt. In deze gedachtengang past een teamaanpak, die dan ook vanuit het forum, dat het onder-

werp inleidde, van Franse zijde naar voren werd gebracht.

Bij de eerste bespreking werden twee soorten teams genoemd, die op verschillend niveau werken. In de eerste plaats werd ter sprake gebracht een specialistisch team (Sociaal-Psychiatrische Dienst, Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.), Bureau voor Bestrijding van Alcoholisme), waarvoor secundaire en tertiaire preventie prevaleert. In de tweede plaats werd een warm pleidooi gehouden voor een team met een samenstelling en werkwijze, die met het „home-team” vergelijkbaar is en waarvoor de primaire preventie het belangrijkste is. Nu in de geneeskunde het streven waarneembaar is ziekte in een zo vroeg mogelijk ontwikkelingsstadium aan te grijpen en in onze bemoeiingen accentverschuiving van tertiaire naar secundaire en van secundaire naar primaire preventie plaatsvindt, werd vooral aangedrongen op versterking van de hulp in de gemeenschap (domiciliary care). Dit home-team heeft door zijn leden een intensief dagelijks contact met de maatschappij, waarin het op natuurlijke wijze is ingebed. Meer dan de bovengenoemde specialistische teams, die zoveel verder van die gemeenschap zijn verwijderd en waarover „the man in the street” vaak onduidelijke, zelfs onjuiste voorstellingen heeft, kunnen de deelnemers van het home-team hun invloed uitoefenen op de bevolking. Dit geldt nog al eens voor de behandeling van de niet zo ver voortgeschreden ziekte, speciaal neurose, maar ook voor opvoeding en vorming, educatie, van de ouders, in casu het publiek (health education).

De opvoeding van de ouders was een steeds terugkerend discussiepunt. In de praktijk tracht de psychiater te demonstreren dat er voor stoornissen in het denken, in het gevoel en in het gedrag van zijn patiënten een begrijpelijke verklaring is, dat er een oorzaak voor bestaat en dat deze stoornissen gunstig kunnen reageren op een causale behandeling. Verder tracht hij aanvaardbaar te maken, dat er reeds een aanzienlijke kennis bestaat over het voorkomen van het ontstaan van deze stoornissen. Maar gevoelsmatige gedragsberaties zijn moeilijker grijpbaar dan bacteriën en daardoor is een overtuigende demonstratie op dit terrein voor hem naar verhouding ook moeilijker.

Het volgende dagonderwerp van het seminar was „The adolescent and the Young Adult”. In de laatste 50 jaar is deze bevolkingsgroep talrijker geworden, en dit geldt ook voor de problemen welke deze groep oproept. Biologische, zowel als culturele oorzaken spelen in dezen een rol. De menarche van het meisje in Europa is naar een eerder tijdstip verschoven. Thans valt het begin van de geslachtsrijpheid omstreeks het elfde jaar. Met dit eerder optreden van de puberteit als biologisch verschijnsel ontstaat gemakkelijk spanning in de adolescentie, aangezien de jongelingschap niet door de biologie in onze huidige maatschappij wordt bepaald, maar door het culturele patroon ervan. Aangezien het jonge individu langdurig moet leren, voordat het zich zelfstandig kan handhaven, blijft de afhankelijkheid van de ouders en van de maatschappij onnatuurlijk lang bestaan. Dit is vooral het geval met de student, die vaak tot ver in zijn twintiger jaren een afhankelijke positie blijft bekleden. Het conflict tussen enerzijds lichamelijke volwassenheid en anderzijds economische en culturele afhankelijkheid schept specifieke problemen, die niet stroken met de aspiraties van onze jeugd. Het opvangen van de verhoogde seksuele prikkelbaarheid in deze periode, alsmede van non-sekse problemen, vraagt onze aandacht. Er werd wat het eerste betreft gepleit voor een vroege voorlichting door ouders, ooms of tantes, terwijl er ook op dit gebied voor onderwijzers, leraren, geestelijken en public health nurses, in schoolgeneeskundig verband, een plicht bestaat. Het geven van deze voorlichting in een vroeg stadium, dat wil zeggen in het jonge gezin, werd voorgestaan en met name werd de voorlichting, die wel door kerkgenootschappen in zogenaamde achttienjarigencursussen wordt gegeven, veel te laat geacht. Het geven van meer verantwoordelijkheid aan het jonge kind werd aanbevolen. De analogie met de „verkeersbrigadiertjes of klaarovers” dringt zich op. Doordat deze met verantwoordelijkheid worden bekleed en daardoor de gevaren in het verkeer beter leren beseffen, gedragen zij zich in dit verkeer aangepaster zodra zij niet meer geleid worden aan de hand van vader of moeder.

Naast deze specifieke voorlichting der jeugd kwam verder ter sprake de juiste afstemming van hun bezigheden en de besteding van hun vrije tijd. Van belang zijn niet alleen de lichamelijke bezwaren die kunnen ontstaan indien jonge mensen te vroeg worden ingezet om te verdienen, maar vooral ook de onvoldoende voorbereiding op wat hen te wachten staat. Dit kan leiden tot een protesthouding („black-jackets”, „nozems”), die niet altijd voorbijgaand behoeft te zijn. Als in het oog springend probleem werd naar voren gebracht de aanpassingsmoeilijkheden die kunnen ontstaan als jonge mensen het gezin verlaten en op kamers gaan wonen. Deze isolatie en het trachten te overwinnen van de eenzaamheid in een grote stad kunnen licht leiden tot onvoldoende aandacht voor voeding en slaap, om maar te zwijgen van de invloed van dubieuze vrienden, genotmiddelen en louches gelegenheden. Voorbereiding in het gezin en op school op de waarden van het gezin en enige kennis omtrent de structuur van de maatschappij is van essentieel belang voor de harmonische ontwikkeling van de adolescent. In dit verband werd gewezen op het algemeen gemis aan openbare gezondheidsdiensten voor de adolescent, in tegenstelling tot de situatie van het schoolkind en de volwassene, voor wie deze diensten wel bestaan. Ook hier komt de student aan de universiteit er weer het slechtste af. Al is thans vrijwel overal in Europa een begin gemaakt met een gezondheidsdienst voor zijn lichamelijk welzijn, juist de psychische hulp die hij veruit het meeste nodig heeft, is inadequaat.

Het vierde dagonderwerp van het seminar betrof schizofrenie. De hoge frequentie — een tot twee procent van de bevolking wordt aangetast — de moeilijkheden bij de diagnostiek en bij de behandeling, de chronische zeer ernstige invaliditeit met zijn aantasting van de menselijke persoonlijkheid, het leed van de directe omgeving en het tolgeld, dat van de gemeenschap wordt gevraagd, waren punten van bespreking. Het seminar schonk grote aandacht aan een research-object in Denemarken, waar in samenwerking met de universiteit van Michigan (U.S.A.) een vergelijkend onderzoek plaats vindt van kinderen die een grote kans lopen schizofrenie te krijgen en kinderen uit een onbelast milieu. Uitgegaan wordt van de hypothese dat schizofrenie een gedurende het preverbaal leven verworven aandoening in het denken is, waarbij de voor het individu onheuse omgeving zijn overgevoelige autonome nerveuze systeem uit het evenwicht brengt en houdt. Door nu beide groepen te vervolgen hoopt men vergelijkbare gegevens in handen te krijgen omtrent lichamelijke en geestelijke reacties van hen, die later schizofrenie krijgen en van hen, die daardoor niet worden aangetast. Indien dit onderzoek tot het resultaat zou leiden, dat iets omtrent het agens dat schizofrenie uitlokt, bekend wordt, zou hieruit een mogelijkheid tot primaire preventie worden geboren. Tot nu toe moet de psychiater zich echter beperken tot de behandeling en nabehandeling van de schizofreen (secundaire en tertiaire preventie).

Meningsverschil ontstond omtrent de rol van de huisarts bij de behandeling van de schizofrene patiënt na ontslag uit de kliniek. Enkele psychiaters meenden, dat deze patiënten uitsluitend door een districtpsychiatrische nazorgdienst dienden te worden behandeld omdat in het algemeen de huisarts voor een dergelijke behandeling niet voldoende is opgeleid en evenmin hiervoor belangstelling toont. Deze uitingen van wrevel ten aanzien van de huisarts zijn invoelbaar. De opleiding in de psychiatrie in de overige landen van Europa kan de vergelijking met de opleiding die de Nederlandse arts op dit punt krijgt, niet doorstaan. Meestal is elders sprake van hoogstens enkele semesters durende, soms nog facultatieve, colleges. Vrijwel nergens worden examens afgenomen, terwijl ook een co-assistentenschap ongebruikelijk is. Op grond van deze uitzonderingstoestand werd dan ook door de schrijver van dit verslag protest geuit tegen een dreigende generaliserende afwijzing van de huisarts door het seminar en werd door hem gewezen op de opleiding van de arts in Nederland. Voorts werd in het kort ingegaan op de ontwikkeling in onze Nederlandse huisartsenwereld en werd melding gemaakt van een voortgezette training van gevestigde huisartsen door psychiaters in een dertigtal groepen. Ook al is Engeland (Tavistock

Clinic, Balint) ons voorgegaan in deze groepstraining, in Nederland is hiervoor de belangstelling tot nu toe het grootste gebleken en hier is men verder geëvolueerd. Met name werd naar voren gebracht, dat er in ons land drie experimentele werkgroepen van huisartsen met maatschappelijke werkers bestaan, waarin men in teamverband tracht door verdieping van onderzoek en therapie ziekte in een vroeger ontwikkelingsstadium te attaqueren, de gevolgen ervan te beperken of te voorkomen. Met grote belangstelling werd van deze tendens in de ontwikkeling der huisartsgeneeskunde kennis genomen, mede omdat hier een praktische mogelijkheid tot een effectieve greep op de morbiditeit onder de bevolking aanwezig is, hetgeen speciaal van belang is op primair preventieve gronden.

Bij de Nederlandse verhoudingen kan de (na)behandeling van de schizofreen en van andere ernstig geestelijk gestoorde vaak worden overgelaten aan de huisarts. De functie van een psychiatrische nazorgdienst zal zich dan kunnen beperken tot een consultatieve. Indien er inderdaad sprake is van „mutual cooperation” dan wordt tijdens de behandeling immers wel duidelijk, wanneer de bevoegdheidsgrenzen van de huisarts worden overschreden en kan alsnog de behandeling van hem worden overgenomen. Het grote voordeel van deze werkwijze voor de huisarts is, dat de interesse voor deze moeilijke materie bij hem levendig blijft terwijl er bovendien in het gemeenschappelijk overleg een belangrijk element van nascholing schuilt, waardoor hij „bij” blijft.

Het seminar besteedde niet alleen tijd aan vergaderen, maar de deelnemers brachten ook bezoeken aan scholen, instituten en klinieken. Een dag was voor een deel van de deelnemers uitgetrokken voor een bezoek aan Oxford, waar uit toeristische overwegingen het „All Souls College” werd bezocht. Voorts vond een bezoek plaats aan het „Littlemore Hospital”, een eveneens eeuwenoude inrichting, welke bij schrijver dezes associaties opriep aan het Binnengasthuis te Amsterdam en ook wat betreft zijn werkwijze een zeer moderne indruk achterliet. Voor de argeloze bezoeker was niet altijd onmiddellijk duidelijk wie nu verplegenden of verpleegden waren. Niemand droeg een uniform en iedereen noemde iedereen bij de voornaam. In kleine gemeenschappen van circa honderd personen per afdeling, doktoren, verplegers, verpleegsters, keukenpersoneel, technisch personeel, secretaresses, patiënten, mannen zowel als vrouwen, was iedereen daadwerkelijk ingeschakeld bij het werk van alle dag. Het programma van onder meer bedden opmaken, kameronderhoud, vloerschroben, verstellen, naaien, etenswaren schoonmaken en bereiden, autowassen, tuinonderhoud, rapportage over eigen welbevinden, bijwonen van protocol, samenstellen en drukken van eigen krant en het houden van gemeenschappelijke maaltijden, vulde de gehele dag. Zodoende werden ernstig gestoorde in een gemeenschap met grote vrijheid — alle deuren waren open en zo zij dat wilden konden zij de straat op — tot creatieve arbeidsprestaties gebracht, die de bewondering van vele deskundigen oogstten.

Na ontvangst en rondleiding met explicatie in de ochtend werd 's middags een „day-hospital” voor gehandicapte oude-lieden bezocht. Het is niet moeilijk in dezen de eminente rapporteur Kahn te volgen in zijn „Reflections on the seminar”, waarin hij de problemen der bejaardenzorg tot juiste proporties terugbrengt. Van het gehele kostbare arsenaal aan ziekenhuizen, „half-wayhouses”, dagverblijven, verzorgingstehuizen, beschermde werkplaatsen voor bejaarden met alle hulpverleningsdiensten, die daarbij zijn betrokken, wordt slechts door 5 procent van alle bejaarden gebruik gemaakt. De overige 95 procent blijft thuis of bij hun familie, zij worden door de huisarts gecontroleerd. Aangepaste materiële hulp in de vorm van geschikte behuizing, wijkverpleging en huishoudelijke hulp is belangrijk. Deze laatste categorie van hulpverlening zou het zelfrespect van degenen die er gebruik van moeten maken, beter in stand houden dan de veel verder gaande klinische hulp, die, doordat de bejaarden zo afhankelijk worden gemaakt „schrompeling” ook van de persoonlijkheid, in de hand werkt.

Een dag was uitgetrokken voor het bezoeken van allerlei takken van gezondheidsdiensten der „County Councils”. De seminaristen bezochten drie verschillende instituten, waaronder

scholen voor geestelijk of lichamelijk gehandicapten, beschermde werkplaatsen, Medisch Opvoedkundige Bureaus, kinderbewaarplaatsen en opleidingsscholen voor personeel. Zij brachten daarover een summier verslag uit. Zodoende kreeg men een indruk omtrent de organisatie en de uitvoering van de gezondheidszorg, zoals deze in Engeland per graafschap bestaat. Uiteraard werd gaarne gedemonstreerd wat modern van opzet was, doch anderzijds schaamde men er zich ook niet voor aan het doel aangepaste en geïmproviseerde voorzieningen te tonen. Belangrijker dan het gebouw is voldoende geschoold en enthousiast personeel.

Health education was een dagonderwerp van het seminar, waarbij ikzelf daadwerkelijk sterk betrokken was, daar ik werd gevraagd in de ochtend panel en inleiding te houden over de rol van de huisarts op dit terrein. Gezondheidsvoorlichting is niet de sterkste zijde van de medische professie. Eerst sedert kort begint deze verwaarloosde tak onzer wetenschap enige aandacht te trekken nu het inzicht onder ons rijpt, dat bij het voorkómen en bestrijden van ziekte, speciaal in de geestelijk-hygiënische sector, de actieve medewerking van de patiënt veelal belangrijker is dan onze bemoeiingen. Deze medewerking kan de arts slechts verwerven indien bij de patiënt een redelijk inzicht bestaat in de oorzakelijke factoren van zijn lijden en hij bovendien een en ander gevoelsmatig heeft verwerkt. Als voorbeeld waarbij dit laatste geldt, mag het roken worden genoemd. Vrijwel iedere arts is tegenwoordig overtuigd van de schadelijkheid van het roken, doch dit is voor de meesten geen reden het te staken. Health education gaat derhalve verder dan voorlichting alleen. Met deze term wordt een pedagogisch proces aangegeven, waarbij wordt getracht door middel van voorlichting de kennis van de mens te vergroten en zijn levenswijze en levensinstelling te verbeteren door de door hem gehanteerde waardenschaal wat betreft zijn gezondheid, in gunstige zin te beïnvloeden. In dit licht gezien is health education een therapeutische bezigheid, die een speciale techniek vereist. De methodiek ervan zal verschillend zijn, al naar gelang de health education persoonlijk, op het gezin of op de maatschappij als geheel is gericht. In die maatschappij zijn het de sleutelfiguren zoals artsen, onderwijzers, rechters en geestelijken, die speciale aandacht verdienen. Hetzelfde kan worden gezegd van hen, die de maatschappij bewaken, zoals regeringsautoriteiten, politieke leiders, werkgevers, bestuurders van werknemersorganisaties, politie en andere functionarissen. Andere categorieën die aandacht verdienen en waarop de health education zich moet richten zijn gepensioneerden, risicodragers in lichamelijk, geestelijk of economisch opzicht en verder zij, die aan bepaalde ziekten lijden.

Hoewel health education voor een deel algemeen gericht kan zijn, zal toch een individueel aspect nimmer kunnen worden gemist. Het blijft een allesbeheersende vraag hoe misverstand is te voorkomen en op welke wijze en door wie foute inzichten kunnen worden gecorrigeerd indien misverstand door een onjuiste voorlichting via de pers of andere massamedia reeds bestaat. In deze fase van de bespreking van de problematiek was het niet moeilijk de rol, die de huisarts kan spelen, naar voren te brengen. Buma's onderzoek heeft immers aangetoond, dat de huisarts dagelijks met zes tot acht procent van alle Nederlandse huishoudens contact heeft. Deze contactfrequentie wordt door geen enkele tak uit de professie ook maar bij benadering gehaald. Deze omstandigheid geeft de huisarts meer dan wie ook de gelegenheid tot een health education welke plaats heeft in een persoonlijk contact. Door de continue relatie, die ten onzent meestal bestaat tussen huisarts en patiënt, kan de wederzijdse reactie die het besprokene oproept worden beoordeeld. Hierdoor kan iatrogen misverstand worden voorkomen en kan de huisarts op het moment dat de patiënt daaraan het meeste behoefte heeft, ter plaatse ingaan op diens persoonlijke problemen.

Hoewel het gesproken woord mogelijk wel het belangrijkste wapen is dat de huisarts ten dienste staat is zijn eigen gedrag en voorbeeld evenmin van belang ontbloeit. Daarnaast heeft hij in zijn wachtkamer de mogelijkheid door tijdschriften over alle mogelijke aspecten van de gezondheidszorg voorlichting te geven, terwijl speciaal voor kinderen de spanning, die een bezoek aan de dokter toch altijd met zich meebrengt, kan worden verminderd door speelgoed. Aandacht werd tenslotte

gevraagd voor Bremer's patiëntenbibliotheek. Door aan patiënten boeken en andere literatuur te lenen en hen naderhand de gelegenheid te geven daarover te discussiëren, bezit de huisarts de mogelijkheid te kunnen corrigeren wat niet goed werd begrepen en te ondersteunen waar de voorlichting wel slaagde.

Tijdens de discussie over dit onderwerp werd „voorzichtig” naar voren gebracht, dat health education een onderdeel is van de geestelijke hygiëne. Als voorwaarde voor het spelen van een belangrijke rol bij de health education werd in de eerste plaats genoemd dat de huisartsen „highly skilled” moesten zijn in geestelijke hygiëne, in de tweede plaats zouden zij over voldoende tijd moeten kunnen beschikken. Wat het eerste betreft, het werd niet voldoende geacht dat hij zich beperkt tot het bezoeken van cursussen en het lezen van boeken en artikelen. Hierdoor wordt wel zijn kennis groter, doch de attitude, die dit werk eist, maakt hij zich er niet door eigen. Aanbevolen werd het deelnemen aan discussiegroepen (medische psychologie)*, waardoor die noodzakelijke attitude kan worden bereikt. Daarnaast zou er gelegenheid moeten bestaan om door „in-service-training” het geleerde in de praktijk onder supervisie te toetsen. Tenslotte werd in de discussie opgemerkt, dat een home-team, dat wil zeggen een huisartsteam, uitgebreid met een public health nurse, health visitor of maatschappelijke werkster, een aanzienlijke bijdrage tot verbetering der health education en andere geestelijk-hygiënische activiteiten zou kunnen leveren. De frequentie en de intensiteit van het contact met de gemeenschap wordt hierdoor vergroot, terwijl een dergelijk team ook opereert vanuit een voor die gemeenschap vertrouwd en bekend adres.

* * *

Het laatste grote dagonderwerp was „public health nursing”. Dit onderwerp leent zich meer dan enig ander tot het stichten van verwarring aangezien elk land een verschillende opvatting huldigt over de rol, taak en opleiding van de wijkverpleegster. Het panel van deze ochtend, bestaande uit twee opleidsters van verpleegsters, een sociaal-geneeskundige en een psychiater, trachtte derhalve enige ordening te brengen in de discussie door zich af te vragen wat een wijkverpleegster is, welke rol zij speelt, welke taak haar toekomt, welke opleiding zij daarvoor moet hebben, van waaruit zij werkt en tenslotte welk beleid wij zullen gaan volgen bij „public health nursing”.

Onder een public health nurse werd verstaan een niet gespecialiseerde verpleegster, werkend in de gemeenschap „on the first line of defence”, die een continue relatie heeft met de gezinnen, waarin zij komt en die deze daardoor persoonlijk kent. Het seminar was de mening toegedaan, dat de wijkverpleegster een zeer brede klinische opleiding en daarnaast ook een aanzienlijke training in geestelijke hygiëne achter de rug moet hebben. Tot haar taak werd gerekend de primaire preventie; het ontdekken en signaleren van lichamelijke, geestelijke en sociale stoornissen; het verlenen van hulp bij de verpleging van ernstig zieken waarbij zij lang niet alles zelf behoeft te doen, doch waarbij zij vooral instructie moet geven aan en supervisie moet houden over de naaste familieleden, die deze zieke voortdurend verplegen; het doen van casework, waartoe zij het vermogen moet bezitten te kunnen observeren en luisteren, om zodoende te komen tot een oppervlakkige diagnose en tot een aan de oppervlakte blijvende therapie. De gedragslijn van deze verpleegster moet een actieve zijn, dat wil zeggen, zij moet haar patiënten opzoeken.

Deze vergaande eisen, aan de wijkverpleegster gesteld, verontrustten een deelnemende verpleegster, die zich afvroeg hoe ver haar psychotherapeutische bemoeiingen wel zouden moeten gaan. Een andere deelnemster, psychiatisch-sociaal werkster, was in de beantwoording van deze vraag bijzonder

geïnteresseerd daar, indien psychotherapeutische hulp ook door de wijkverpleegsters moet worden gegeven, de genzen tussen een p.s.w. en een wijkverpleegster wel erg vaag worden. Aan de hand van de situatie en de organisatie in Frankrijk kon een antwoord worden gevonden op bovengestelde vragen. Het bleek namelijk, dat men daar twee soorten functionarissen heeft voor de preventie in de gemeenschap. In de eerste plaats een „assistente sociale polyvalente” en in de tweede plaats een „assistente sociale specialisee”. De eerste heeft ongeveer de opleiding van een verpleegster en van een maatschappelijke werkster samen. De tweede heeft nog een additionele training gekregen, afhankelijk van de tak van de gezondheidszorg, waarin zij werkt, bijvoorbeeld op het terrein van de kinderhygiëne, de tuberculose of de geestelijke hygiëne. De assistente sociale specialisee, die in de psychiatrische sector werkt, is nu vergelijkbaar met een p.s.w., met dit verschil, dat zij ook een volledige verpleegstersopleiding heeft genoten.

De vraag, gesteld door het ochtendpanel, van waaruit de public health nurse zou moeten werken of in welk team, werd door het seminar enigszins ontwijkend beantwoord door te spreken van een public health team. In de loop van de discussie werd echter duidelijk, welke deelnemers in een dergelijk team zitting zouden hebben. Het public health team (general team, home-team) werd gesteld tegenover een specialistisch team, waarin de p.s.w. een plaats zou moeten krijgen. Uit deze visie resulteerde de gedachte, dat er op het gebied van de geestelijke hygiëne behoefte bestond aan twee soorten teams, die op een verschillend niveau werken. Het home-team behandelt patiënten van wie de ziekte meer sociaal dan klinisch is gekleurd en een specialistisch team (districts-psychiatische dienst, M.O.B.) de ernstige psychiatrische patiënten. In het eerste team zouden de huisarts en de wijkverpleegster werkzaam zijn, in het tweede de psychiater, de psycholoog en de p.s.w.

De moeilijkheden bij het integreren en coördineren der werkzaamheden van beide teams waren een volgend punt van bespreking. Aanbevolen werd, dat de wijkverpleegster of de huisarts, afhankelijk van de situatie, deze functie toekwam. Indien daartoe reden bestond moest de mogelijkheid voor beiden bestaan om deel te nemen aan de besprekingen van het specialistische team, terwijl ook het omgekeerde het geval moest kunnen zijn voor de psychiater of de p.s.w. in het home-team. De grootst mogelijke soepelheid in het hanteren van deze materie werd aanbevolen. De continuïteit in de gezondheidszorg moest te allen tijde verzekerd zijn en derhalve werd geconcludeerd, dat de taak van het volgen van de patiënt („climbing up and coming down in the hierarchy of treatment”) toeviel aan de public health nurse in nauwe samenwerking met de huisarts.

* * *

Met het behandelen van deze onderwerpen was het hoogtepunt van het seminar voorbij en hoewel er nog enkele dagen werd gewerkt, werd alleen nog met enige spanning uitgezien naar het voorlopige afsluitende verslag van de rapporteur Kahn, die zich daarvan bewonderenswaardig kweet. Mogelijk zullen niet alle deelnemers zo tevreden zijn geweest als de huisartsen en de wijkverpleegsters, die er in zijn „Reflections on the seminar” bijzonder goed afkwamen: „The theme was developed, and some of the qualities of the public health nurse that were described were reminiscent of the lavish praise that is bestowed from time to time on the general practitioner who is described as having the „key role” in medical practice. He, like the health visitor, sometimes resents becoming, willy-nilly, the residual legatee of patients discharged as cured, or partly cured, or incurable, by specialist workers who have clear boundaries which limit their responsibility. Both are contrasted at times with specialist workers, and each, at times, may become, dissatisfied with the personal or public image. But are they not, too, specialists in the most difficult of all professional relationships, that of the continuing care of the ill, who may or may not recover, the inadequate who may or may not become adequate, and the old — who merely get older?” K. G. Brühl

* Vergelijk Eleventh Report of the Expert Committee in Mental Health, World Health Organization, Technical Report, serie nr. 235, 1962, „The role of Public Health Officers and General Practitioners in Mental Health Care”.