

Daarnaast zal het gewenst zijn op grote schaal moderne bijscholings- en nascholingscursussen te organiseren voor reeds gevestigde huisartsen. Hiervoor zal een apparaat moeten worden opgebouwd, waarin fulltime deskundige functionarissen zijn verbonden. Hierbij zal moeten worden gebruik gemaakt van moderne hulpmiddelen en methoden, aangepast aan de behoeften en mogelijkheden van de praktizerende huisartsen.

6 De bovengeschetste functie van de huisarts maakt het noodzakelijk dat hij onbelemmerd toegankelijk is voor ieder van zijn patiënten. Bovendien moet hij zich ook op eigen initiatief tot zijn patiënten kunnen richten wanneer hij dit nodig acht. Vooral met betrekking tot de preventie in primaire en secundaire zin is het noodzakelijk dat er geen financiële barrière bestaat tussen huisarts en patiënt. In dit verband vervult ons het spreken over een eigen risico van de patiënt met zorg. Zo dit al noodzakelijk is zal het niet in de eerste linie mogen worden gelegd, daar een preventieve zorg dan vrijwel illusoir wordt. Bij de boven omschreven moderne huisartsfunctie past naar onze mening het best een abonnementshonorarium. Het lichten van de huisartshulp uit het ziekenfondspakket zou een ontwikkeling in bovengenoemde zin vrijwel geheel onmogelijk maken. Als men ergens een rem wil aanleggen en een eigen risico wil invoeren, lijkt het ons het meest rationeel dit te doen bij de kostbaarste voorziening: het ziekenhuis. Het lijkt ons

bijvoorbeeld zeer goed te verdedigen dat verlangd zou worden dat de patiënt in het ziekenhuis zijn eigen voeding bekostigt. Om de lasten voor de betrokkenen niet te zwaar te maken zou men dit kunnen beperken tot bijvoorbeeld de eerste vier weken van een ziekenhuisopname. Een eenvoudige berekening leert dat een dergelijke maatregel een besparing voor de ziekenfondshoofdverzekering in de orde van 40 miljoen gulden zou kunnen opleveren.

7 Integratie van de zorgen rondom individu en gezin binnen de wijkgedachte, die in de nota zo sterk wordt gepropageerd, zal slechts geleidelijk tot stand kunnen worden gebracht. Experimenten op dit gebied, waarbij ervaringen worden opgedaan, zijn zeer gewenst. Door samenwerking tussen de kruisverenigingen en het Nederlands Huisartsen Genootschap is het Nederlands Huisartsen-Instituut hiermee reeds op bescheiden schaal begonnen. Dergelijke experimenten zullen moeten worden veelelvoudigd. Hiervoor zullen subsidies nodig zijn. Op analoge wijze zal de samenwerking met de organen van maatschappelijke zorg moeten worden geïntensiveerd, terwijl ook op het gebied van de groepspraktijkvorming dringend behoefte bestaat aan financiële steun in een aanloopfase. Bij gunstig resultaat van dergelijke „pilotstudies” kan dit tot een sneeuwbaaleffect leiden. Wij zijn daarom bijzonder verheugd dat in de gezondheidsnota aan ontwikkelingsprojecten alle steun wordt toegezegd.

VAN DE REDACTIECOMMISSIE

Homoseksualiteit

De bijdrage in dit nummer van W. J. Sengers — Homoseksuele problematiek op het medisch spreekuur — zou men kunnen beschouwen als een voortzetting van de discussie over de vraagstukken rond de homoseksualiteit, welke de auteur en *Van Emde Boas* in 1965 in dit tijdschrift voerden. Nog steeds treden velen de desbetreffende problematiek niet zonder vooroordeel tegemoet, wellicht omdat men zich onvoldoende in het onderwerp heeft verdiept. De artsen, met hún vooroordeel, beschouw(d)en de homoseksualiteit als een hoofdstuk uit de psychiatrie, een perversiteit waaronder zij ook het sadisme, het masochisme, het exhibitionisme en het fetichisme rubriceerden. Ook sommige deskundigen waren tot voor kort geneigd een beperkt „patiëntenmateriaal” representatief te achten voor alle homofielen, dus ook voor hen die nimmer een arts consulteerden. Op deze wijze kwam men tot uitspraken die bewijsgronden, welke daartoe zouden moeten leiden, ontbeerden.

Sinds kort is er duidelijker sprake van een

wetenschappelijke benadering van de homoseksualiteit. *Kempe* komt tot de conclusie dat er in Nederland waarschijnlijk „ruim 200.000 mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder (zijn), die, hetzij uitsluitend, hetzij zeer overwegend, hun erotische leven in de homophile sfeer situeren . . .” „Wanneer wij alle ervaringen, opgedaan met homophielen (dus ervaringen in clubverbanden, in psychiatrische praktijken en poliklinieken, in de pastorale praxis, in de justitiële sfeer etc.) zouden samenvoegen, dan komen we waarschijnlijk niet veel verder dan hooguit een goede 10.000 mensen, omtrent wie wij werkelijk iets weten, althans iets te weten zouden kunnen komen. Van de rest weten wij eenvoudig niets, en dit kan nauwelijks krachtig genoeg worden onderstreept”, zo zegt hij.

Uit boven aangehaalde cijfers valt af te leiden dat de gemiddelde huisarts in Nederland 40 tot 50 homofiele mensen boven de 18 jaar in zijn praktijk heeft, van wie twee of drie als zodanig aan hem bekend zijn.

Aangezien het in het algemeen voor de huisarts van groot belang is dat hij op de hoogte blijft van de opvattingen, welke er ten aanzien van belangrijke geneeskundige problemen bestaan, zij hier in dit verband gewezen op een publikatie van het Nederlands Gesprek Centrum. Hoe snel het oordeel over de homoseksualiteit verandert blijkt uit de publikatie nummer 31 van het Nederlands Gesprek Centrum waarin men kan lezen: „Voor de jonge homoseksueel geldt onder de huidige omstandigheden, dat uiteindelijk het ontwikkelen van zijn mogelijkheden tot het aangaan van volwassen liefdesverhoudingen het beste mogelijk is in homoseksueel milieu”.

Niet alleen in Nederland is er een verandering van de inzichten op dit punt gaande. Het onlangs in het British Medical Journal verschenen Leading article over de homoseksualiteit eindigde met de volgende alinea: „What ever means of treatment or prevention are employed, the majority of homosexuals will remain in the community. Changes in

the law, increasing public education, and a gradual improvement in public attitudes might result in better protection of the interests of young people rather than the reverse and in removing some of the disabilities affecting those whose life is marred by sexual inversion”.

Aangezien het voor de huisarts bij het geven van adviezen nuttig kan zijn, zij vermeld dat het Centraal bureau van het C.O.C. (Cultuur en Ontspannings Centrum) gevestigd is Korte Leidse-dwarstraat 49 te Amsterdam C. (telefoon: 020-234596), waar men voorlichting kan ontvangen en waar zo nodig hulp wordt verleend bij juridische en sociale problemen. **B.**

Emde Boas, C. van (1965) huisarts en wetenschap 8, 28 en 76.

Leading article (1965) Brit. med. J. II, 1077.

Nederlands Gesprek Centrum. Homoseksualiteit. Publikatie nummer 31. Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht, 1965.

Overing, A. F. C., G. Th. Kempe en anderen, Homosexualiteit. Pastorele Cahiers 3. Paul Brand, Hilversum, 1961.

Sengers, W. J. (1965) huisarts en wetenschap 8, 75

Homoseksuele problematiek op het medisch spreekuur (1)*

DOOR W. J. SENGERS, ZENUWARTS TE ROTTERDAM**

Aan de nagedachtenis van Prof. Dr. A. L. Janse de Jonge.

Inleiding. De behandeling van patiënten met een homoseksuele problematiek is moeilijk. Vele artsen weten er nauwelijks raad mee. Over de resultaten der behandeling leest en hoort men vooral teleurstellende berichten. De behandelingen verlopen dikwijls moeilijk, worden gecompliceerd door bijzondere weerstanden met onder meer als gevolg dat de patiënten nogal eens voortijdig wegblijven.

Wie zich in de literatuur verdiept stoot spoedig op een groot aantal problemen en zeer uiteenlopende visies, bijvoorbeeld op het gebied van de diagnose. Op de vraag wanneer men iemand homofiel moet noemen geeft de literatuur verschillende antwoorden. De term homoseksualiteit wordt in een aantal betekenissen gebezigd. Er is geen eenstemmigheid over de wijze waarop men de homoseksualiteit moet zien: als een neurotische reactievorm, een rijpingsstoornis, een regressiefenomeen, een vorm van psychopathie, een biologische variatie. Over homofilie wordt tegenwoordig bovendien door anderen dan psychiaters geschreven omdat men haar meer gaat zien als een probleem van menselijke relaties. Het zijn dan ook sociologen en

sociaal-psychologen die nieuwe aspecten zijn gaan beschrijven en er met name de nadruk op leggen dat het probleem eerder sociaal dan medisch ligt. Hoe men hierover ook moge denken, voor de medicus practicus en niet alleen voor hem, vormt de homoseksualiteit een uitermate complex terrein, dat bovendien heel uitgebreid moet zijn als het waar is dat vier procent van de volwassenen homofiel is.

In deze studie heb ik mij willen beperken tot de moeilijkheden zoals die zich op ons medisch spreekuur kunnen voordoen. Mijn bedoeling was een bijdrage te leveren op het gebied van de diagnostiek en de behandeling van patiënten met een homoseksuele problematiek. Daarbij moest rekening worden gehouden met het feit dat er over de (patho)genese geen eenstemmigheid heerst. Wel kon ervan worden uitgegaan dat alle eigentijdse onderzoekers gemeen hebben dat zij de oorzakelijke momenten, welke dat dan ook mogen zijn, voor het vijfde of zesde levensjaar plaatsen. De volgende vragen dienden als richtsnoer: hoe diagnostiseert men homofilie; welke differentiële diagnoses zijn er mogelijk bij een homoseksuele problematiek; waarvan zouden de behandelingen moeten uitgaan willen de telkens rijzende moeilijkheden zich niet meer voordoen?

Alvorens tot beantwoording van deze vragen kan worden overgegaan moeten enige belangrijke uitgangspunten die de huidige medisch-psychologische benadering markeren, beknopt worden becommentarieerd: het onderscheid tussen aangeboren

* Het tweede deel, waarbij ook de literatuurlijst, zal in het volgende nummer verschijnen.

** Destijds chef de clinique van de Psychiatrische Afdeling van het Dijkzigtziekenhuis te Rotterdam. Thans verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne van de G.G. en G.D. te Rotterdam.