

postponed less frequently (for their family). About 75 percent of the respondents agreed (in retrospect) with the arrangement proposed. A great many (more than one-third) listed advantages and disadvantages. The younger respondents in particular commented freely, in a positive as well as in a negative sense.

— The occupational categories did not differ in acceptance of the arrangement proposed. Comments (suggestions for improvements or alternatives) mostly came from respondents in the higher occupational categories.

— Past experience with an emergency call was found not to affect acceptance

of the pseudo-group practice arrangement. This finding is against expectation, because precisely emergency calls were believed possibly to raise objections in the patients.

— Many patients had little concrete knowledge about the actual arrangement. There was no evident correlation between awareness of the arrangement and marital status. Women on average knew a little more about it than men. Older respondents and those in the lower occupational categories evidently knew less about it. It is to be noted that those who had had experience with an emergency call taken by another physician, were better informed on

average. It was also evident that respondents who agreed with the proposed arrangement were better informed about it than those who expressed (unqualified) disagreement.

Kuiper, G. (1954), Beroepshiërarchie van 57 beroepen. Gepubliceerd in: F. van Heek en E. Vercruysee, De Nederlandse Beroepsprestigestructuur; in: Sociale Stijging en Daling in Nederland, deel I. H. E. Stenfort Kroese, Leiden, 1958.

Metzner, C. A., R. L. Bashshur en G. W. Shannon (1972). Medical Care X, 279-287.

De wegwerpwerker*

DOOR P. J. SCHIETHART, HUISARTS TE AMSTERDAM

In deze voordracht wil ik graag uw aandacht vragen voor oorzaken van crisis en dreigende crisis, die de laatste jaren meer in de belangstelling zijn gekomen dan vroeger het geval was. Bedoeld is de crisis, die kan ontstaan door een bedreiging van het bestaan als gevolg van ziekte, afkeuring en ontslag van de werknemer op middelbare leeftijd.

Tevoren zij erop gewezen dat deze voordracht geen hechte wetenschappelijke basis heeft, enerzijds omdat ik mij niet deskundig acht op het terrein van de samenhang tussen maatschappelijke verschijnselen en de klacht van de individuele mens, anderzijds omdat er op dit terrein van samenhang, althans vanuit medisch gezichtsveld, nog weinig grondig onderzoek is verricht. Het is niet meer dan een poging om, uitgaande van mijn werk als huisarts, een aantal verschijnselen te signaleren en vervolgens na te gaan hoe de huisarts hierop als regel reageert.

Kern van dit betoog is de constatering dat veel huisartsen — en trouwens ook alle overige werkers in het eerste echelon — frequent worden geconfronteerd met werkende mensen, zowel hand- als hoofdarbeiders,

op middelbare leeftijd die niet meer zijn opgewassen tegen het door hen te verrichten werk en/of de omstandigheden waaronder zij dat werk moeten verrichten (een overigens wel merkwaardig onderscheid: handen hoofdarbeiders, alsof niet iedereen hoofd en hand in zijn werk beide nodig zou hebben). Deze mensen reageren op de bedreigende situatie met klachten en ziekten, die leiden tot een vaak langdurig ziekteverzuim en tenslotte dikwijls tot herplaatsing, omscholing of afkeuring. De huisarts kan aan de bestaande situatie niets veranderen. Hij zal daarom pogen deze patiënten — een etiket dat hun inmiddels is opgeplakt — te helpen zich aan de bestaande situatie te doen aanpassen, bijvoorbeeld door steunende gesprekken en/of het voorschrijven van psychofarmaca. De resultaten van deze therapie lijken vooralsnog weinig hoopvol, zodat men met enig recht van een crisis in de therapie kan spreken.

Op een aantal aspecten van de hier geschetste situatie wil ik graag wat nader ingaan na vooraf drie opmerkingen te hebben gemaakt:

In de eerste plaats wil ik er de nadruk op leggen dat de problemen, waarvoor de werkende mens op middelbare leeftijd ons stelt, meer een dreigende crisis betekenen dan een

crisis in engere zin. Ik ben van mening dat het niet mogelijk is om over crisispreventie en crisisinterventie te spreken, wanneer wij daarbij niet de dreigende crisis betrekken. Onder een dreigende crisis wordt die situatie verstaan, waarin het voor de patiënt en voor de dokter steeds duidelijker wordt dat de tot dan toe bekende en toegepaste probleemoplossende activiteiten in hoge mate gaan tekortschieten.

In de tweede plaats wil ik erop wijzen dat er twee elementen nodig zijn om in een crisissituatie te geraken, en wel de persoon die in de crisis geraakt, en de gebeurtenis of omstandigheden, die tot de crisis aanleiding geven. Vooral dit tweede element vergt belangstelling; ik kom daarop aanstonds terug.

In de derde plaats wil ik er de aandacht op vestigen dat de beide te onderscheiden vormen van crises, namelijk de ontwikkelingscrisis en de situationele crisis, op de middelbare leeftijd zeer nauw met elkaar samenhangen.

Terugkomend op de omstandigheden, die tot een crisis aanleiding kunnen geven: het mag als bekend worden verondersteld dat lang niet iedereen als gevolg van eenzelfde soort gebeurtenis in een crisissituatie

* Inleiding, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus medische psychologie oktober 1973, te Leiden.

geraakt. Dat het bij de één wel en bij de ander niet tot een crisis komt onder dezelfde omstandigheden hangt voor een groot deel af van de persoon, bij wie de emotionele lading van die gebeurtenis bij hemzelf moet worden gezocht. Natuurlijk kunnen zich ook omstandigheden voordoen, die bij vrijwel iedereen aanleiding geven tot een crisis. Evenals iedereen die met cholera wordt besmet deze ziekte ook krijgt, zo ook zal vrijwel iedereen in een crisisachtige toestand terecht komen bij een plotselinge dood van of verlating door een geliefd persoon. Wanneer het gebeuren zo ingrijpend en bedreigend is, kan men bezwaarlijk de oorzaak of de schuld van het in een crisis geraken alleen aan de enkeling toeschrijven en pogen hem of haar te doen veranderen.

Daarmee wil ik niet beweren dat de aard, het karakter en de levensgeschiedenis er niet toe doen, maar wel dat meer aandacht moet worden besteed aan die luxerende gebeurtenis, ook al geeft dit de hulpverlener het gevoel van machteloosheid. Niet iedereen die met de tuberkelbacil wordt besmet krijgt tuberculose. Hij, die slecht gevoed en behuisd is, loopt een grotere kans dan degenen die onder betere levensomstandigheden leeft. Het is nodig de enkeling te wapenen, in te enten tegen de ziekte, maar nodig is eveneens ondervoeding en onvoldoende woongelegenheden met algemene maatregelen te bestrijden.

Niet alleen ziekten maar ook werkeloosheid, dreigend ontslag en niet-menswaardige arbeidsomstandigheden bedreigen de mens in zijn bestaan en kunnen dus tot een crisis aanleiding geven. Bij de crisispreventie zou hieraan meer aandacht moeten worden besteed dan nu het geval is.

Om misverstand te voorkomen wil ik er nog eens de nadruk op leggen dat ik niet wil betogen dat de individuele mens met zijn karakter en zijn levensgeschiedenis van minder belang zou zijn voor het doen ontstaan van een crisis dan de gebeurtenis, die tot die crisis aanleiding geeft. Een feit is

echter wel dat — mogelijk uit onmacht van de hulpverlener om de uitwendige omstandigheden te wijzigen — in hoofdzaak aandacht wordt gegeven aan verandering van de persoon zelf, of ten hoogste aan veranderingen in het micromilieue.

Het belang van de omstandigheden wil ik adstrueren met drie TV-beelden welke ik onlangs zag:

1. In een documentaire over de Palestijnse vluchtelingen vertelde een 33-jarige vrouw, gehuwd en moeder van vijf kinderen, dat zij enkele jaren geleden in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen omdat zij totaal overstuurd was. Zij vertelde dat zij sedert haar achtste jaar in vluchtelingenkampen had vertoefd. Is het dan verwonderlijk dat iemand na een dergelijke, een kwart eeuw durende ervaring, in een crisistoestand geraakt?

2. Een dezer dagen zag ik een korte reportage over een staking in de fabrieken van Daimler-Benz en Bosch in West-Duitsland. De arbeiders staakten om twee redenen: zij eisten van de directie dat de lopende banden in een langzamer tempo zouden gaan draaien omdat met het huidige tempo geen menswaardige arbeid mogelijk was en zij eisten zekerheid voor de oudere werknemers voor wat betreft de werkgelegenheid; zij vreesden namelijk dat deze mensen, niet meer in staat het tempo bij te houden, zouden worden ontslagen.

3. In een documentaire over de mijnstreek in Zuid-Limburg vertelt een 50-jarige mijnwerker, die door de mijnsluiting binnenkort zonder werk komt en omscholing tot kantoorwerk had geweigerd, dat hij de toekomst zeer somber inziet, dat hij erg nerveus en gespannen is en thuis van zijn huigenoten niets meer kan verdragen. Hierdoor is zowel hij zelf als zijn vrouw en dochter, die de invloed daarvan ondergaan, genoodzaakt zich onder doktersbehandeling te stellen.

Beide laatste voorbeelden demonstreren naar mijn mening duidelijk de

stelling van de socioloog *Milikowski*, die in een pre-advies voor een gerontologisch congres stelde dat het bejaard-zijn voor vele arbeiders al rond het vijfenveertigste levensjaar begint en dat dit een klasse-probleem is. Het zou goed zijn voor ons, artsen, de realiteit van deze stelling te doorgronden. Het is voor een arts, althans nu nog, niet moeilijk op middelbare leeftijd van werkkring te veranderen. Voor veel arbeiders die werkeloos zijn geworden is dit nauwelijks meer mogelijk. In dit verband wil ik graag wijzen op een belevingsaspect van de crisissituatie, dat op de middelbare leeftijd van veel belang is en behalve in de eigen belevingswereld ook objectief reëel is, namelijk het aspect van het teloor gaan van een als zinvol ervaren toekomst.

Op het feit dat die toekomst inderdaad weinig zinvol is wil ik iets nader ingaan. Iemand die door ziekte, afkeuring of ontslag langdurig of blijvend niet meer kan werken, ziet zich in zijn ontplooiingsmogelijkheden sterk beperkt. Elke ziekte houdt consequenties in voor het levenspatroon; iemand met een maagzweer bijvoorbeeld moet zich bij een feestelijke maaltijd ontzien. Het voortdurend thuis zitten zonder een als zinvol beleefde dagtaak, heeft ernstige gevolgen voor het gehele gezin. Voor het zelfrespect betekent niet meer kunnen werken als regel een ernstige frustratie; in onze op prestatie gerichte maatschappij betekent het niet meer volwaardig deelnemen aan de samenleving. Tenslotte leidt blijvend arbeidsongeschikt zijn ook tot vermindering van inkomen, terwijl de kosten van het levensonderhoud voortdurend stijgen.

De meeste huisartsen worden met deze problemen slechts incidenteel geconfronteerd. In enkele delen van ons land zijn deze problemen echter structureel geworden. Ik noem slechts Oost-Groningen en Zuid-Limburg. De met ontslag bedreigde mijnwerker kan kiezen tussen een afkeuring, waardoor hij eerst 80, later 70 procent van zijn oorspronkelijke loon krijgt. Wil hij niet thuis blijven zitten en kiest hij voor omscholing, dan zal

hij als regel worden geconfronteerd met werk dat hij als minder zinvol ervaart en waarvoor hij ook minder loon ontvangt. Lukt het hem niet dat werk vol te houden en raakt hij zonder werk, dan ontvangt hij slechts 80 procent van het laatst-genoten loon. De levensgrote problemen die nu in de beide genoemde gebieden vormen van crises, namelijk de ontwikkeling zich voortzet, ook elders in ons land structureel worden.

Terugkomend op de samenhang op middelbare leeftijd van de beide vormen van crises, namelijk de ontwikkelingscrisis en de situationele crisis, wil ik voor wat betreft de kans op een ontwikkelingscrisis enkele facetten belichten, die kenmerkend zijn voor deze levensperiode en die een crisis in de hand kunnen werken. In de eerste plaats valt op dat het lichamenlijk uithoudingsvermogen geringer wordt, zodat zeer zware of zeer langdurige inspanning minder goed mogelijk wordt. Iemand die op zijn twintigste jaar een groot wielrenner was, zal dat op zijn vijftigste jaar niet meer kunnen waarmaken. Psychologisch gezien treden allerlei verschijnselen van vereenzaming op, zoals het feit dat maatschappelijke sleutelposities geleidelijk door jongeren worden overgenomen; de ouder geworden kinderen gaan het huis uit; man en vrouw worden steeds meer op elkaar aangevoelen. Bovendien worden de mogelijkheden tot verandering geringer. Tenslotte verlopen vele leer- en trainingssituaties trager dan op jongere leeftijd.

Deze aan de middelbare leeftijd gebonden beperkingen vallen samen met de situationele betekenis van deze verschijnselen. Hoewel op dit gebied minder thuis, wil ik niettemin een kort uitstapje wagen naar de huidige economische verhoudingen. Volgens de econoom *Galbraith* bevindt onze samenleving zich in een produktie-consumptie-spiraal. Hiermee wordt bedoeld dat het in de moderne samenleving noodzakelijk is geworden dat groei van de economie blijft bestaan. Deze groei is slechts mogelijk indien de produktie steeds

toeneemt. Toeneming van de produktie is alleen mogelijk indien de consumptie daarmee gelijke tred houdt. Voor de producent is het derhalve noodzakelijk dat de consumptie toeneemt. Het enige middel om dit te bevorderen is het forceren van de behoefte door reclame, opdat het behoeftenpatroon steeds meer wordt opgeschroefd. Economisch gezien is het dus niet zo dat de behoeften steeds groeien en de produktie zich dientengevolge steeds moet uitbreiden, maar omgekeerd: de produktie moet groeien, hetgeen er toe noopt het behoeftenpatroon voortdurend uit te breiden. Deze uitbreiding van de produktie is de laatste decennia alleen nog maar mogelijk door verhoging van de produktiesnelheid. Het verhogen van deze snelheid is voor de ouder wordende werknemer niet meer goed bij te houden.

Dat dit problemen oproept is duidelijk. De laatste jaren is er een factor bijgekomen, die enkele decennia geleden nog nauwelijks tot gelding kwam. Dat de oudere arbeider minder kon presteren werd toen goeddeels gecompenseerd door zijn tijdens zijn leven opgedane kennis en ervaring. De versnelling van het produktieproces heeft tevens geleid tot veranderingen in produktie- en administratieprocessen in een hoog tempo, in welk verband de voortdurend toenemende mechanisering en automatisering zijn te noemen. Onder deze gewijzigde omstandigheden blijken opgedane kennis en ervaring voor de werker eerder een handicap dan een voordeel; oude kennis en ervaring zijn niet meer bruikbaar, het opdoen van nieuwe kennis en ervaring door het vertragen van leer- en trainingssituaties verloopt moeilijker. Wekt het dan verbazing dat de arbeider, die het tempo niet meer kan bijhouden en moeilijkheden ondervindt bij omscholing, waardoor hij terzijde wordt geschoven, zich voelt als de verouderde machine, die als wegwerpmateriaal op de schroothoop terecht komt?

Dat deze omstandigheden voor

veel mensen niet meer als leefbaar worden ervaren, zodat zij regelmatig behoefte hebben zich even terzijde op te stellen, moge blijken uit het feit dat veel grote ondernemingen de verzuimbehoefte in hun calculatie hebben ingebouwd. In zijn boek „Medische sociologie” beschrijft *Tellegen* een onderzoek van Philipsen over het ziekteverzuim. In de periode van 1955-1965 bleek in een aantal grote bedrijven het ziekteverzuim te zijn gestegen met 35 procent. Deze stijging was ten dele toe te schrijven aan de vergrijzing van het personeel. Wanneer men dit zou uitschakelen blijft een stijging over van 20-25 procent. *Tellegen* verklaart dit verschijnsel ten dele uit het feit dat in tijden van hoogconjunctuur ook arbeidskrachten met een slechte gezondheid in het produktieproces worden ingeschakeld. Voor een groot deel verklaart hij dit verschijnsel uit een verlaging van de ziektedrempel, dat wil zeggen dat men zich sneller zodanig ziek acht dat men arbeidsongeschikt is.

Uit dit onderzoek blijkt mijns inziens dat het ziekteverzuim bij de oudere werknemers groot is, hetgeen ten minste tot nadenken moet stemmen. *Tellegen's* verklaring voor het toenemen van het ziekteverzuim door het aannemen van een verlaagde ziektedrempel lijkt mij zeer aanvaardbaar. Men kan ook aannemen dat de voortdurende tijdens de arbeid ondervonden stress zo groot is geworden dat regelmatig de behoefte ontstaat zich gedurende een korte periode aan deze stress te onttrekken.

In het voorafgaande heb ik getracht aan te tonen dat een groep mensen zich in zijn bestaan bedreigd voelt en dat dit tot een crisis kan leiden. Dat deze mensen zich bedreigd voelen komt niet in de eerste plaats door stoornissen in de eigen levensgeschiedenis maar veel meer door maatschappelijke omstandigheden, die als onrechtvaardig moeten worden gekenmerkt.

Wat doet nu de huisarts als hij met

deze problemen wordt geconfronteerd? Het eerste dat daarover kan worden gezegd en dat ik ook bevestigd heb gekregen in vele gesprekken met huisartsen, is dat deze problematiek bij huisartsen een sterk gevoel van machteloosheid oproept. Zij beseffen dat hun therapeutisch handelen zich in een crisis bevindt omdat de gebruikelijke, hun aangeleerde medische probleem-oplossende activiteiten steeds duidelijker blijken te falen.

In de confrontatie met deze problemen kan de huisarts in grote lijnen twee wegen bewandelen: hij kan het medisch model hanteren of hij kan pogen een meer psychosociaal model te hanteren. Dit laatste kan hij zelf doen, of hij kan de patiënt verwijzen naar een van de vele psychosociaal hulpverlenende instanties. Als hij voor het medische model kiest, neemt hij de als lichamenlijk gepresenteerde klacht au sérieux; hij tracht voor die klacht een lichamenlijke oorzaak te vinden en zal de patiënt vervolgens caasaal of symptomatisch behandelen. Deze weg is voor de arts de meest voor de hand liggende. De patiënt komt immers met een somatische klacht, zoals hartkloppingen, pijn op de borst, maagpijn, lage rugklachten, vermoeidheid en dergelijke. De arts voelt zich op dat terrein thuis, hij is speciaal daarvoor opgeleid, ook al heeft hij in zijn opleiding enkele psychiatrische ziektebeelden leren onderkennen; hij onderzoekt de patiënt lichamenlijk, stelt een therapie in of verwijst hem naar een van de vele medische specialisten. Het enige probleem dat zich in deze situatie op den duur voordoet is dat de arts wrevelig wordt wanneer de patiënt steeds terugkomt, hetzij met dezelfde klacht en met de vraag naar een nieuw onderzoek onder het motto „er moet toch een oorzaak voor zijn”, hetzij met een verschuiving van het klachtenpatroon. De vele specialitsische rapporten stapelen zich op zijn bureau op en behelzen als regel de conclusie dat geen afwijkingen werden gevonden.

Noch voor de patiënt noch voor de arts kan dit een bevredigende toe-

stand worden genoemd. De patiënt echter wordt wel zeer sterk gedwongen om zijn klacht lichamenlijk te vertalen. Het woord vertalen is eigenlijk onjuist wanneer men uitgaat van de somato-psycho-sociale eenheid van de mens; het is niet onlogisch te veronderstellen dat ook bij louter psychische of sociale problemen het lichaam resoneert. Ons taalgebruik is vol van uitdrukkingen die daarop wijzen. Wij zeggen toch dat iemand er de buik vol van heeft, dat iets zwaar op de maag ligt, dat iets ons aan het hart gaat; zo zouden er nog vele uitdrukkingen kunnen worden genoemd.

Vrijwel iedereen kent de ervaring van de frequente mictie vlak voor een spannend examen. Toch zou noch de examinandus, noch de arts er in die situatie over piekeren om respectievelijk een onderzoek te vragen en te doen naar aandoeningen van de urinewegen. Waarom kiest dan de patiënt voor de somatische klacht en is de arts geneigd vooreerst het medisch model te hanteren? De patiënt kiest voor dit ziektegedrag, omdat verhulling van zijn problemen in lichamenlijke ziekte ongeveer het enige alternatieve gedrag is dat maatschappelijk is toegestaan. Bovendien is het hebben van een somatische ziekte weinig schuldbeladen; het kan iedereen overkomen. In elk geval betekent het niet een persoonlijk falen. Iemand die een hartinfarct heeft kan rekenen op de belangstelling van zijn omgeving. Men zal medelijden met hem hebben en hem prijzen voor zijn ijver. Hoogstens zal de omgeving zeggen dat het te verwachten was, want hij werkte altijd zo hard.

Bij psychische stoornissen ligt dit al duidelijk anders; het wordt veel meer beleefd als een persoonlijk falen. Wanneer men zou moeten toegeven het maatschappelijk tempo niet meer te kunnen bijhouden, kan men zich met recht overbodig noemen. Bovendien worden andere vormen van alternatief gedrag, zoals protest, verslaving en crimineel gedrag maatschappelijk niet getolereerd. Het is dan niet zo verwonderlijk dat het

protest in een somatische klacht wordt verpakt.

Kiest de arts het niet-medische model dan kan hij weinig anders dan pogen de patiënt zich aan de voorhanden zijnde situatie te doen aanpassen door steunende contacten. Tevens zal hij zich genoodzaakt zien ter bestrijding van de nerveuze symptomen een van de alom aangeprezen psychofarmaca voor te schrijven.

Hoewel in deze situatie wordt erkend dat uitwendige omstandigheden aanleiding geven tot de somatische klacht is zowel arts als patiënt niet bij machte de omstandigheden te veranderen. De arts zal pogen door middel van gesprekken de patiënt zich te doen aanpassen aan de nieuwe situatie. Dat hij hierbij het gebruik van psychofarmaca node kan missen moge blijken uit het feit dat op 15 tot 25 procent van de door huisartsen afgegeven recepten psychofarmaca voorkomen. Wat zouden zij ook anders moeten doen? De patiënten worden er echt rustiger van en vaak verminderen allerlei klachten. Bovendien belooft de reclame gouden bergen. Eén van de bekende tranquillizers wordt aangeprezen met de volgende tekst: „Het brengt de golven van emotie tot bedaren en bewerkstelligt gelatenheid en een kalme activiteit”. Voorwaar een schoon perspectief!

Het medisch model niet acceptierend kan de huisarts de patiënt ook verwijzen naar een van de overvolle spreekuren van de psychiater, die dan opnieuw psychofarmaca, maar dan wel de nieuwste, voorschrijft. Ook kan hij de patiënt verwijzen naar een of andere vorm van psychotherapie, zoals de psychiater of een instelling voor de geestelijke volksgezondheid. Wanneer het om een crisis of een dreigende crisis gaat zal de huisarts de patiënt dan wel moeten inlichten dat de wachttijd ongeveer een half jaar kan bedragen. Daar kan evenmin aan de omstandigheden iets worden veranderd; men kan de patiënt leren zich aan de situatie aan te passen.

Wat moet de huisarts dan doen? Moet hij streven naar maatschappelijke veranderingen? Het lijkt mij niet mogelijk dat de arts dat doet; hij is er niet voor geschoold en hij moet zich als een schoenmaker bij zijn leest houden, maar dat moet hij dan ook werkelijk doen. Evenmin als een schoenmaker moet proberen een schoen te maken voor iemand die slecht loopt ten gevolge van een gebroken been, evenmin moet de arts klachten, die voortkomen uit sociale problematiek, als een lichamelijke ziekte behandelen. Wel kan hij leren het symptoom te verstaan. Als de arts een patiënt moet behandelen die sputum opgeeft met hoesten, weet hij dat dit hoesten een reactie is, een poging het slijm uit de bronchi te verwijderen. Zijn therapie zal er op gericht zijn het slijm te doen oplossen en niet om de hoest te onderdrukken. Op soortgelijke wijze zal de huisarts de als lichamenlijk geuite klacht, die berust op sociale problematiek, moeten leren onderkennen en niet moeten pogen deze nuttige klacht te onderdrukken; daarmee is noch de patiënt, noch de arts gebaat.

Als de huisarts de klacht als symptoom van een bedreiging of van een dreigende crisis tezamen met de

patiënt leert signaleren, kan de arts dit signaal naar buiten doorgeven. Dit helpt de patiënt niet direct, maar misschien kan het voor arts en patiënt nuttig zijn dat de arts bekend dat hij niet in staat is iets voor de patiënt te doen.

Dit signaleren kan van zeer grote invloed zijn. De bestrijding van een epidemie in vroeger tijden, zoals bijvoorbeeld cholera, kwam niet tot stand door bij patiënten individueel toegepaste therapeutische maatregelen, maar door maatregelen op maatschappelijk gebied zoals riolering en drinkwatervoorziening. Deze maatregelen werden genomen omdat artsen de samenhang van verschijnselen signaleerden. Zulk signaleren zou heden ten dage dienstig kunnen zijn voor de preventie van crises door maatschappelijke oorzaken en lichamelijke crisisziekten.

De huisarts kan naar mijn mening ook iets doen voor de individuele patiënt. Het eerste dat hij kan doen is het symptoom niet onderdrukken. Verder kan hij pogen de patiënt te stimuleren zich tegen de bestaande situatie, samen met anderen, te verzetten, met andere woorden, ik zou in dit opzicht willen pleiten voor een

verzetstherapie, iets waarvoor *Milikowski* al enkele jaren geleden pleitte. Ik wil daarom met een kort citaat van hem besluiten: „Menselijke vooruitgang is alleen mogelijk door onaangepast gedrag. Een vorm van onaangepast gedrag is het protest. Mensen die zich verzetten zijn niet meer machteloos, en, als zij dit verzet samen met anderen plegen, zijn zij ook niet meer eenzaam. De dokter kan door zijn kennis daaraan daadwerkelijke steun verlenen. Bij de verzetstherapie worden arts en patiënt elkaars bondgenoot”.

- Dokter, H. J. en H. Ph. Milikowski, (1973) *Medisch Contact* 28, 185.
Galbraith, J. K. Aspecten van de nieuwe industriële samenleving. Van Gennep, Amsterdam, 1969.
Jores, A. De mens en zijn ziekte. Bijleveld, Utrecht, 1961.
Kuiper, P. C. Psycho-analyse. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.
Marcuse, H. De eendimensionele mens. Paul Brand, Bussum, 1970.
Mettrop, P. J. G. (1973) *Medisch Contact* 28, 1067.
Milikowski, H. Ph. Lof der onaangepastheid. Boom, Meppel, 1967.
Milikowski, H. Ph. Daarom wil ik pleiten voor een verzetstherapie. In *Nieuwe Linie*, september 1971.
Tellegen, E., *Medische sociologie*. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1970.

Anticonceptie en kleine seksuologie

De Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, de Dr. G. J. van Hoytema Stichting en de Commissie Nascholing Limburg hebben op verzoek van de N.H.G. stuurgroep Man-Vrouw: Anticonceptie een speciale cursus georganiseerd. De opzet van deze drie in Leiden, Enschede en Sittard gehouden cursussen was gelijk. Door plaatselijke omstandigheden is het zwaartepunt in de drie plaatsen steeds op een ander onderdeel van de cursus komen liggen.

DE OPZET VAN DE CURSUSSEN

De beide onderdelen van de cursus — anticonceptie en kleine seksuolo-

gie — bestrijken een zeer uitgebreid gebied. Alle voor de huisarts gewenste informatie geven is in de korte tijd van een nascholingscursus onmogelijk. De in deze cursussen veelal toegepaste hoor-colleges wekken in elk geval de indruk veel informatie te hebben geboden. Of de huisarts deze zal absorberen en wat hij er in de dagelijkse praktijk mee doet, is nog niet voldoende bekend. Zoals overigens bij alle nascholingscursussen was het tevoren niet bekend welke kennis wel en welke niet bij de deelnemers aanwezig was.

Omdat het niet zeker is dat de tot nu toe gevolgde methode de meest effectieve is, werd getracht een nieu-

we weg te vinden. Daarbij is men er vanuit gegaan dat de cursisten zich tevoren zouden afvragen: „Hoe staat het met mijn kennis op dit terrein?”. Door het verwijzen naar recente literatuur werd de weg gewezen bestaande lacunes vóór het begin van de cursus aan te vullen. Helaas was het in Leiden aanbevolen werk uitverkocht. Overigens is er vooraf te weinig aandacht besteed aan deze belangrijke voorwaarde voor de „nieuwe opzet”. In het vervolg zal men de deelnemers ongeveer drie weken voor de aanvang van de cursus in een duidelijke, korte brief moeten motiveren na te gaan, welke kennis zij bezitten ten aanzien van het in de cursus be-