

De zorg voor de gezondheid van jeugdigen

Stiefkind van de huisartsgeneeskunde?

A. VRIJ*

Vorig jaar vond de publikatie plaats van een tweetal officiële rapporten met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg. In dit artikel wordt de inhoud van deze rapporten kort samengevat en wordt een overzicht gegeven van de denkbeelden die terzake leven in kringen van huisartsen, bij de georganiseerde jeugdgezondheidszorg en bij verschillende officiële instanties. Vervolgens worden de belangrijkste elementen die in de discussie een rol spelen, geschetst. Het geheel wordt besloten met een aantal vragen aan de huisarts.

Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen

In 1976 is een landelijke commissie geïnstalleerd, met als opdracht het kritisch beoordelen, stimuleren en coördineren van werkzaamheden op het gebied van de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen.** Van deze commissie is in mei 1979 een *Eerste rapport* verschenen, waarin bericht wordt over een veldonderzoek, waarbij tal van personen en organisaties informatie hebben verstrekt; tevens doet de commissie een aantal aanbevelingen. De kans op een optimale ontwikkeling wordt vergroot door vroegtijdige opsporing, signalering en – daarop onmiddellijk aansluitend – verdere diagnostiek en behandeling van kinderen met een gestoorde ontwikkeling. Ook het vroegtijdig onderkennen van bedreigende situaties en het zo mogelijk verbeteren daarvan is van groot belang. Veel aandacht wordt besteed aan de vraag waarop de bewaking zich dient te richten, op welke „key-age” een bepaalde stoornis het best kan worden opgespoord; daarbij gaat het niet alleen om het meest gunstige moment voor de behandeling, maar ook om het tijdstip waarop de vaststelling van de stoornis het betrouwbaarst kan geschieden.

* Arts; Geneeskundig Inspecteur voor de Eerstelijnsgezondheidszorg.

** Deze Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen is een subcommissie van de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid (I.S.R.).

Door wie de eerste signalering en de opsporing het best kunnen worden verricht, welke voorwaarden inzake ondermeer organisatie en deskundigheid daartoe vervuld dienen te worden en wat voor onderzoek en experimenten nodig zijn om daar achter te komen, zijn andere vragen die in het rapport aan de orde komen.

Op grond van het unieke populatiebeleid wordt in dit verband in de eerste plaats gedacht aan de georganiseerde zuigelingen- en kleuterzorg. Het mogelijke aandeel van de huisarts als gezinsarts wordt wel erkend, doch het ontbreken van een goed organisatorisch-structureel kader maakt zijn positie toch minder geschikt. Wel is een goede samenwerking tussen huisarts en C.B.-team van groot belang. Voor de verdere diagnostiek en aanpak wordt dan gedacht aan coördinerende regionale en multidisciplinair samengestelde V.T.O.-samenwerkingsverbanden, die op hun beurt ook weer gecoördineerd zullen moeten worden; daarbij gaat het zowel om de coördinatie van de gezondheidszorg-voorzieningen onderling, als om de coördinatie van deze voorzieningen met de overige voorzieningen in de welzijns- en de onderwijssector.

Behalve de inhoudelijke, methodologische en organisatorische aspecten van de V.T.O. worden ook de ethische, administratieve en financiële kanten uitvoerig belicht.

Het rapport is te beschouwen als een eerste stap, vooral gericht op de leef-tijdsfase van 0-4 jaar. De commissie

concludeert uit literatuuronderzoek dat zich bij 5-10 procent van de jaarlijks geboren kinderen een ontwikkelingsstoornis zal manifesteren. Bij de bepaling van dit percentage zijn uiteraard de wijze van definiëring van dit begrip en de „maaswijdte” van het opsporingsnet van grote invloed. De commissie acht verdere uitdieping gewenst.

De zorg voor de gezondheid van jeugdigen

Reeds in 1972 heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een adviesaanvraag ontvangen met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg. De Raad is er toen niet in geslaagd met een advies te komen. De nieuwe en anders geformuleerde vraag, die in 1977 aan de Raad is gesteld, is thans in de vorm van een *Interim-advies* wel beantwoord, althans voor de categorie 0-4-jarigen die thuis verblijven en geen bekend verhoogd risico voor stoornissen hebben.

Als uitgangspunten voor een positieve en preventieve gezondheidszorg voor de jeugd noemt de Raad:

- te geven in georganiseerd verband, zonder vrijblijvendheid van de zijde der uitvoerders en met de garantie van continuïteit;
- te geven volgens gestandaardiseerde programma's;
- te geven met een voorgeschreven wijze van verslaglegging;
- te geven onder een leiding die tevens beschikbaar is voor consultatie en overleg met de uitvoerders.

De Raad geeft ten aanzien van de uitvoering als conclusies:

- de huisarts en de wijkverpleegkundige dienen te worden ingeschakeld bij de gesystematiseerde zorg voor alle 0-4-jarigen;
- een regionaal team voor jeugdgezondheidszorg zal moeten toezien op coördinatie en evaluatie van de verschillende activiteiten in dit kader, alsmede op het tot stand komen van een epidemiologisch verantwoorde verzameling en registratie van gegevens als gezondheidsindicatoren;
- dit regionaal team zal tevens fungeren als consultatiegever aan de huisarts.

In deze opzet acht de Raad de voordelen van de huisarts met die van de jeugdarts gecombineerd aanwezig. Over het aandeel dat de huisarts zou kunnen leveren bij de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsneurologische en psychosociale/emotionele stoornissen van het jonge kind doet de Raad geen uitspraak, omdat zij met de werkgroep die

het advies heeft voorbereid, van mening is dat daarover te weinig bekend is.

De Raad beveelt aan experimenten op te zetten, waarin zou moeten worden nagegaan hoe de genoemde uitgangspunten in de praktijk inhoud kan worden gegeven; de evaluatie van deze experimenten moet inzicht opleveren met betrekking tot de beste mogelijkheden tot realisering.

De Raad verklaart zich tenslotte bereid om, indien de Staatssecretaris zich met de ontvouwde gedachten kan verenigen, een commissie in te stellen ter verdere uitwerking van de voorstellen. In deze commissie zou de Raad dan vertegenwoordigers willen opnemen van huisartsen, wijkverpleegkundigen, jeugdartsen, het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van de Landelijke Commissie V.T.O..

Opvattingen in de huisartsenwereld

Pogingen om uit de laatste tien jaargangen van *huisarts en wetenschap* enig zicht te krijgen op de visies die in N.H.G.-kring bestaan ten aanzien van de zorg voor de gezondheid van jeugdigen, leverden teleurstellend weinig op. Het aantal artikelen dat onder de trefwoorden consultatiebureau, jeugdgezondheidszorg, kind, kleuter, peuter, preventie en zuigeling werd gevonden – een cumulatieve inhoudsopgave werd daarbij node gemist –, bleek op de vingers van één hand te tellen. Daarbij hadden de publikaties vrijwel alle betrekking op detail-aspecten van deze zorg, een enkele (*Van Aalderen en Knottnerus*) slechts op de vraag of de huisarts hierin een aandeel heeft en zo ja welk.

Dit is te meer verwonderlijk, waar de N.H.G.-klassieker, het *Woudschotenrapport* van 1959, als tiende deelzaak voor de huisarts noemt: „Bijdragen tot preventie”. In Bijlage II van het rapport wordt – in het kader van de verschuiving van de curatieve naar de preventieve zorg – een groot aantal mogelijkheden tot preventie opgesomd. Gesteld wordt: „Zolang het kind nog geheel in het gezin is, kan de preventieve zorg het beste door de gezinsarts, de huisarts verricht worden. Dit betekent dat zuigelingen- en kleuterbureaus tot zijn terrein behoren”.

Van der Wielen vindt bij zijn onderzoek in 1960 dat van de 268 huisartsen er 208 positief staan ten opzichte van nevenwerkzaamheden op het gebied van de geneeskundige voorzorg.

In *Hoe helpt de dokter*, het interimrapport van de N.H.G.-werkgroep Taken-

pakket, worden vier soorten taken voor de huisarts onderscheiden:

– hoofdtaken: deze kunnen beter of uitsluitend door de huisarts worden vervuld;

– facultatieve taken: deze kunnen ook door andere hulpverleners worden vervuld;

– oneigenlijke taken: deze kunnen beter of uitsluitend door anderen worden vervuld;

– gezamenlijke taken: deze worden door een aantal hulpverleners gezamenlijk vervuld.

Het wordt niet duidelijk tot welke van deze categorieën de zorg voor zuigelingen en kleuters wordt gerekend. De afbakening wordt beweeglijk geacht, taken kunnen verschuiven.

In de zeer onlangs gepubliceerde nota van het N.H.G.-bestuur (*Jeugdgezondheid... wiens zorg?*) wordt een duidelijker stellingname bepleit met betrekking tot de plaats van de huisarts in de zorg voor jeugdigen; de noodzaak tot verdere explicitering van de taken, de werkwijzen en het werkveld van huisarts en jeugdarts wordt onderstreept en nadere wetenschappelijke analyse wordt nodig geacht alvorens tot verdere professionalisering en institutionalisering van de jeugdgezondheidszorg wordt overgegaan.

In het rapport van de Commissie Takenpakket der L.H.V. (*De taken*) uit 1977 wordt het gedetailleerde onderzoek van zuigelingen en kleuters, zoals dat op consultatiebureaus plaatsvindt, tot de facultatieve taken gerekend. Dit houdt in dat de huisarts zelf beslist of hij een dergelijke taak op zich neemt. Doet hij zulks, dan moet hij kunnen aantonen dat hij deze taak beheerst, bijvoorbeeld in het kader van toetsing. Anticiperende geneeskunde en individuele preventie worden wel als hoofdtaken gezien, evenals signalering.

Derksen, oud voorzitter der L.H.V., meent blijkens zijn voordracht „Relatie huisarts en CB-arts” – in 1979 gehouden voor de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg – dat de huisarts meer bij het C.B.-werk moet worden ingeschakeld en dat de jeugdarts belangrijke consultatieve steun aan de huisarts kan verlenen. Hij stelt zich flexibel op ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen, laat veel open, pleit voor experimenten en acht samenwerking noodzakelijk.

Ook in de discussienota van de K.N.M.G.-commissie Eerste Echelon, *De plaats van de medicus*, wordt veel opengelaten. Individuele preventie is een hoofdzaak, inclusief pedagogische

adviezen (!). Consultatiebureauwerk wordt als een facultatieve taak gezien, ofschoon verschillende huisartsen dit werk een belangrijke activiteit achten in verband met de continuïteit van de gezinsbehandeling. Voor een huisarts die een consultatiebureau wil leiden, wordt een kennisniveau geëist dat gelijkwaardig is aan dat van een jeugdarts.

Van Es geeft in zijn inaugurele rede aan dat „de huisarts nu (1967) al niet, maar zeker in de toekomst niet, zijn curatieve en preventieve werk alléén en buiten ieder organisatorisch verband zal kunnen vervullen”. *Huygen* benadrukt in zijn oratie de unieke positie van de huisarts, die dagelijks met 6 procent van zijn gezinnen contact heeft en per jaar met 90 procent. Positieve gezondheidsbevordering en preventie ziet hij als taken voor de huisarts; daarbij pleit hij voor longitudinaal onderzoek: „Pas als bedreigingen en risico's meetbaar gemaakt zijn, is werkelijke preventieve geneeskunde te bedrijven”. *Dijkhuis* stelt bij zijn optreden als hoogleraar te Leiden dat „bepaling tot een bepaalde bevolkingsgroep of een bepaald onderdeel binnen het veld van de algemene geneeskunde zoals bijvoorbeeld de zuigelingen-, kleuter- en schoolgezondheidszorg afschuifsystemen creëert. Het vigeren van een geïntegreerd programma wordt daardoor in medisch en sociaal opzicht moeilijker”.

In „Inleiding tot de huisartsgeneeskunde” (*Bremer e.a.*) verwacht Huygen, dat de preventieve functie van de huisarts in de toekomst sterk in betekenis zal toenemen, hetgeen verstrekkende consequenties heeft voor zijn hele wijze van praktijkuitoefening. De huisarts zal meer aandacht moeten krijgen voor epidemiologie en een andere instelling, een andere kijk op gezondheid en ziekte, op zijn patiënten en hun milieu nodig hebben. Hij zal zeer intensief met anderen moeten samenwerken. In het boek is een apart hoofdstuk gewijd aan het Consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.

Het Utrechtse rapport *Kenmerken van de huisarts* noemt als tweede hoofdonderwijsdoelstelling: „De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor het uitvoeren van vroege diagnostiek en preventie”. Hiervan worden de algemene onderwijsdoelstellingen 20 en 21 afgeleid, waarin de eigenschappen worden genoemd die de huisarts moet bezitten voor het vroegtijdig opsporen van klachten en verschijnselen.

Van Aalderen en Knottnerus wijden een kritische beschouwing aan de visie op de

anticiperende taken van de huisarts, zoals neergelegd in het L.H.V.-rapport *De taken van de huisarts*. Zowel de wenselijkheid als de haalbaarheid worden onder de loep genomen. Kernvragen in hun betoog zijn: Is de huisarts de aangewezen persoon om een centrale rol in preventieve programma's te vervullen? Zo ja, aan welke voorwaarden zal voldaan moeten worden, opdat hij daartoe ook in staat is? Naast de unieke positie van de huisarts beklemtonen zij met name de noodzaak van een goede registratie. Zij menen dat aan de eerstelijns gezondheidszorg, en daarbinnen aan de huisarts, een belangrijke taak toekomt bij de uitvoering van een gericht preventiebeleid.

Van der Velden noemt in zijn openbare les als een van de basale onderzoeksvelden in de huisartsgeneeskunde de epidemiologie van de aangeboden respectievelijk verborgen morbiditeit.

Naast al deze duidelijke meningen valt des te meer op, dat in het themanummer van Amice Collega (*Visie*), waarin een kleine twintig medewerkers van het Huisartsen Instituut van de Universiteit van Amsterdam hun visie op de huisartsgeneeskunde geven, zo weinig, of beter, vrijwel geen aandacht geschonken wordt aan de preventieve aspecten van het vak.

Ook internationaal zijn er een paar relevante uitspraken te noteren. De Leeuwenhorstgroep (*Statement*) betoogt dat de huisarts „will know how and when to intervene through treatment, prevention and education to promote the health of his patients and their families. (...) He understands the opportunities, methods and limitations of prevention, early diagnosis and management in the setting of general practice”.

Het Engelse Royal College of General Practitioners beveelt in een rapport (*The paediatric training*) onder andere aan in de opleiding meer aandacht te geven aan de normale ontwikkeling van het kind en aan de vroege opsporing van stoornissen daarin, hetgeen in het kader van „special sessions for screening well-babies and toddlers” zou kunnen plaatsvinden. Het College spreekt zich nadrukkelijk uit: De huisarts heeft een taak in de zorg voor kinderen, gezonde en zieke. Gezondheidsbevordering en preventie, vroege diagnostiek en behandeling worden als een continuum gezien. Iedere arts dient op de hoogte te zijn van de normale ontwikkeling van de mens in biologische, intellectuele, emotionele en zin. Het voordeel van speciale „primary doctors” voor kinderen is nog nimmer aangetoond. Het concept

van de gezinsarts zou daarbij trouwens teloor gaan. Het rapport bevat een uitvoerige opsomming van de onderwijsdoelen met betrekking tot de gezondheidszorg voor jeugdigen, zoals men die voor de huisartsopleiding wil stellen.

Het Bestuur van het College nam in 1977 een resolutie (*Report of the Court Committee*) aan, waarin onder meer werd gesteld: „The College welcomes the recommendations for the integration of preventive and curative services for children within the primary care team”. Een zelfde geluid liet Heller, de voorzitter van de SIMG, horen bij zijn slotrede op het congres in Opatija in mei 1979: Cave desintegratie van curatieve en preventieve zorg (*Verslag SIMG-congres*).

Opvattingen in kringen van jeugdartsen

Swaak geeft een uitvoerig overzicht van de ontwikkelingen in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg, waarin hij met name de relatie van de huisarts met de kinderhygiëne aan de orde stelt.

Een belangrijk moment in deze ontwikkeling is het verschijnen van het rapport *Jeugdgezondheidszorg* in 1972. Daarin wordt een lans gebroken voor de specifieke opgeleide jeugdarts en de eveneens specifiek opgeleide jeugdverpleegkundige. Integratie wordt bepleit, niet van de preventieve en de curatieve zorg, maar van de zuigelingen/kleuterzorg en de schoolgezondheidszorg, vooral omwille van de continuïteit.

Deze opvatting wordt eveneens vertolkt in de nota *Jeugdgezondheidszorg* (1978), waarin als doelstelling wordt aangegeven: het bevorderen van de gezondheid van de Nederlandse jeugd van 0-19 jaar door:

- individueel- en groepsgerichte zorg met - vroege opsporing van pathologische afwijkingen, - begeleiding van groei en ontwikkeling, - positieve beïnvloeding van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu - gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- het systematisch verzamelen en analyseren van relevante gegevens, ten behoeve van de jeugdgezondheidszorg en het daarop gerichte beleid.

De taken voor de jeugdarts worden globaal aangegeven, gevolgd door een meer gedetailleerde uitwerking van de doelstellingen, de opleidingseisen en de wensen met betrekking tot de organisatie en de financiering. De huisarts wordt in deze nota gezien als de algemene medische hulpverlener van het gezin en als de medisch coördinator van het eer-

ste echelon. De jeugdarts daarnaast als de sociaal-geneeskundige begeleider van jeugdigen als categorie. Samenwerking tussen beiden, vanuit een duidelijke taakafbakening en met een goede wederzijdse informatieoverdracht, wordt in beider belang geacht.

Swaak geeft enkele getallen over het aandeel dat de verschillende categorieën artsen hebben in het consultatiebureauwerk in Noord-Brabant (1974-1975). Bij de zuigelingenbureaus blijken huisartsen 33 procent van de consulten voor hun rekening te nemen en bij de kleuterbureaus 21 procent*. Ondanks zijn duidelijke voorkeur voor gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg, constateert Swaak toch dat met een goede provinciale organisatie - ook met vele, overwegend solistisch werkende huisartsen en verloskundigen en een veelheid van kleine plaatselijke kruisorganisaties - tal van kinderhygiënische projecten met groot succes zijn uit te voeren, zoals de immunisatie en de P.K.U.-screening.

Veel betekenis kent ook deze auteur toe aan een goede continue, longitudinale registratie en aan een nauwe samenwerking van huisartsen met de georganiseerde jeugdgezondheidszorg. Swaak rekent de jeugdgezondheidszorg deels tot de eerstelijns gezondheidszorg, deels tot de openbare gezondheidszorg, met name wat de epidemiologische aspecten betreft.

De Zuidhollandse provinciaal kinderarts Voorhoeve betreurt de vaak contro-versiële benadering van vragen inzake de jeugdgezondheidszorg. Tussen artsen die toch hetzelfde doel - de gezondheid van cliënten - nastreven, kan en mag naar zijn oordeel geen tegenstelling bestaan. Hij benadert de kwestie vanuit de specifieke gezondheidsbehoefte van de jeugd, waarop een specifieke deskundigheid dient aan te sluiten. Als doelstelling van de zorg voor de leeftijdsgroep van -9 maanden tot 19 jaar ziet hij, mét het rapport *Jeugdgezondheidszorg* (1972): „Het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling”. De mogelijkheid om de begeleiding te beperken tot bepaalde risicogroepen acht hij, zonder nadere adstructie overigens, niet aanwezig. Algemene begeleiding van de gehele groep blijft nodig. Wel vergen risicogroepen extra aandacht. Vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornis-

* Phaff komt tot landelijke percentages van circa 40 procent voor zuigelingenbureaus en circa 24 procent voor kleuterbureaus (*Verslag jeugdgezondheidszorg*).

sen kan het best geschieden door voortdurende longitudinale observatie en begeleiding.

Hij toont zich met *Hogerzeil* voorstander van een horizontale organisatie, waarin op flexibele wijze de jeugdarts met het eerstelijns gezondheidszorgteam en voorts de bedrijfsarts, de sportarts, de vormingswerker, de onderwijzer en vele anderen zich gezamenlijk op de gezondheidsbevordering en preventie richten. Hij citeert met instem- *Hogerzeils* uitspraak: „Curatieve zorg en preventie kunnen in deze tijd niet meer als afzonderlijke activiteiten beoefend worden, al zullen er ook binnen een integratie altijd verschillende professies, functies en kundigheden blijven bestaan”. Ook *Van Meurs* concludeert dat een strikte scheiding van preventieve en curatieve werkwijze niet goed mogelijk is.

Voorhoeve onderstreept de noodzaak multidisciplinaire samenwerking reeds in de opleidingen van de diverse disciplines in te bouwen en ziet voorts de behoefte aan ondersteuning van de eerstelijns werkers gerealiseerd in een verticale organisatie, waarbij op regionaal of provinciaal niveau deskundigheid beschikbaar is, zowel ten aanzien van jeugdgezondheidszorg, als ten aanzien van andere specifieke terreinen, zoals reuma, oncologie en dergelijke. Daarbij beoogt hij dan tevens op het provinciale vlak integratie en samenwerking van de diverse nu nog gescheiden opererende teams.

Enkele gegevens uit onderzoek

Uit het verslag van een longitudinaal project in Zuidwest-Drente (*Dantuma e.a.*), waarbij met name de bruikbaarheid van de Denver Ontwikkeling Screeningstest werd beproefd bij de vroegtijdige opsporing van stoornissen in de geestelijke ontwikkeling van het kind, blijkt dat deze test 17-40 procent fout-positieve en 15-20 procent fout-negatieve uitkomsten gaf. Toepassing ervan kan zeker niet zonder bijzondere voorwaarden geschieden; de test lijkt voor de leeftijd van anderhalf jaar nog het meest geschikt.

In dit project bleek het moeilijk de huisartsen in voldoende mate bij het regionale, multidisciplinaire teamwerk te betrekken. Er was een hoge absentie bij de besprekingen. Geconcludeerd wordt dat een dergelijk project waarin vele personen en instanties samenwerken, voor het welslagen erg afhankelijk is van de motivatie van betrokkenen, de duidelijkheid van de afspraken inzake

procedures en een goede organisatie met betrekking tot overleg, informatie-uitwisseling en terugkoppeling. Specifieke kennis en vaardigheden, samenwerking en continuïteit worden als onmisbare condities aangeduid. Gepleit wordt tegen al te zeer geïnstitutionaliseerde vormen voor de vroegtijdige opsporing. Gesignaleerd wordt het ontbreken van (ortho)pedagogische deskundigheid, hetgeen des te meer wordt betreurd nu in het project bleek, dat bij ouders nogal eens verontrusting ontstond door de V.T.O.-activiteiten. Laconiek eindigt het rapport: „We zien hier een taak voor de eerstelijns werkers om hierop te anticiperen, manieren te leren om met deze ongerustheid adequaat om te gaan”.

Interessante gegevens over de visies van huisartsen op de plaats en functie van het consultatiebureau in de preventieve gezondheidszorg van het jonge kind levert een Nijmeegs onderzoek, uitgevoerd door een aantal sociaal-geneeskundigen (*Bloemen-Verhoeven e.a.*) bij 112 at random bijeengebrachte huisartsen. Een aantal hypothesen werd getoetst door middel van de volgende vragen:

- wie is het meest geschikt om het consultatiebureau te leiden?
- welke opleiding is daarvoor vereist?
- in welk kader moet de zorg verleend worden?
- wat ziet de huisarts als de taak van het consultatiebureau?
- hoe denkt de huisarts met het consultatiebureau samen te werken?

Enkele van de uitkomsten waren:

- 58 procent vindt het gunstig dat de huisarts voor de eigen patiënten consultatiebureau houdt; 33 procent vindt het ongunstig;

- 50 procent van de vóór 1960 afgestudeerde huisartsen vindt een gespecialiseerde jeugdgezondheidszorg-opleiding nodig, tegen 62 procent van de na 1960 afgestudeerden;

- van de huisartsen die consultatiebureaus van een kruisvereniging leidden of hadden geleid, vond 71 procent de kruisvereniging het aangewezen kader voor dit werk; bij de artsen die nooit een consultatiebureau van een kruisvereniging hadden geleid, was dit percentage 28;

- 74 procent van de ondervraagden beschouwt het consultatiebureau niet als een instantie waarnaar men patiënten zou verwijzen, 20 procent wel.

De begeleidende taak van het consultatiebureau blijkt de huisarts niet erg aan te spreken. Veel huisartsen onderhouden geen enkel contact met het consul-

tatiebureau, ofschoon het merendeel regelmatige teambesprekingen met de C.B.-arts en de wijkverpleegkundige wel zinvol acht. Tijdsgebrek wordt als oorzaak van het niet realiseren van deze wens genoemd. Van de ondervraagden is 64 procent van mening dat verdere uitdieping van het onderzoek van belang is met het oog op de ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg. De onderzoekers menen dat een duidelijker taakstelling voor de consultatiebureaus geboden is. Of men kiest voor een somatisch gerichte zorg, of voor meer integrale zorg. In het eerste geval is signaleren naar de huisarts voldoende, verdere samenwerking is dan niet nodig. In het tweede geval is veel duidelijker samenwerking aangewezen; de huisarts zal hiertoe bereid moeten zijn en tijd beschikbaar moeten hebben, terwijl de kruisvereniging de voorwaarden zal moeten scheppen.

Opvattingen van officiële instanties

In het rapport *General practice* van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt de huisarts omschreven als „de arts die zijn beroepsuitoefening gewoonlijk noch tot bepaalde ziektegebieden, noch tot bepaalde leeftijdsgroepen beperkt, die rechtstreeks toegankelijk is voor zijn patiënten en die de verantwoordelijkheid op zich neemt voor het verlenen of doen verlenen van continue en integrale medische zorg, zowel preventief als curatief”.

Deze omschrijving, waarin veel herkenbaar is van de N.H.G.-definitie uit 1959, wordt in het *Rapport van de Commissie Huisartsen*, in 1968 uitgebracht aan de toenmalige Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, als uitgangspunt genomen. De Commissie ziet voor de huisarts als gezinsarts een duidelijke taak op de terreinen van de primaire preventie - met name zuigelingen- en kleuterzorg en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding - en van de secundaire preventie: de vroege opsporing van stoornissen in het bijzonder bij risicogroepen. Ten aanzien van de zuigelingen- en kleuterbureaus geeft de Commissie wel duidelijk haar voorkeur aan voor een georganiseerd verband waarin de districtskindersarts en de wijkverpleegkundige én de huisarts dienen te werken. Een van de aanbevelingen waarmee dit nog immer zeer lezenswaardige rapport eindigt, luidt: „Een afzonderlijke studie dient te worden gemaakt van de organisatie en financiering van gericht preventief werk door de huisarts.”

De gemengde interdepartementale Werkgroep Jeugdwelzijnsbeleid brengt in 1976 haar rapport *Jeugdwelzijn* uit. Hierin wordt de jeugdgezondheidszorg in de brede context van de welzijnszorg geplaatst. Duidelijk wordt daarin het spanningsveld aangegeven tussen enerzijds de wens de jeugdigen zo min mogelijk als aparte groep te benaderen en anderzijds de erkenning van de specifieke behoeften van jeugdigen. In het hoofdstuk Preventie wordt gewezen op de bij preventie vereiste agogische en sociaalpsychologische deskundigheid, die veelal ontbreekt bij de werkers in de individuele hulpverlening. Wel acht de Werkgroep voor deze laatste een taak aanwezig bij het opsporen van risicogroepen, het vroegtijdig onderkennen van ontwikkelingsstoornissen en de individuele begeleiding en voorlichting. Preventie moet in nauwe verbinding staan met de hulpverlening, doch dient een eigen organisatorische basis (aparte afdeling, team of bureau) te hebben. Voor een goed welzijnsbeleid is, naar het oordeel van de Werkgroep, een radicale doorbraak nodig van de historisch gegroeide scheidsmuren tussen gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, kindbescherming en andere zorgsectoren. Gepleit wordt voor netwerkontwikkeling en regionalisering, waarmee de beoogde samenhang bereikt zal kunnen worden. Hulpverleners zullen nadrukkelijker maatschappelijke oorzaken van problemen moeten onderkennen en signaleren. De opleiding van onder meer artsen dient gericht te worden op vroegtijdige onderkenning van gedrags- en ontwikkelingsstoornissen.

Op het K.N.M.G.-congres 1976 verklaarde staatssecretaris Hendriks: „Indien het mogelijk is het eerste echelon te versterken zal een extra dimensie moeten worden toegevoegd: het bewaken van de gezondheid van de zich aan de werkers toevertrouwende cliënten en hun gezinnen”; voorts pleitte hij voor een meer actieve, anticiperende opstelling van de werkers in de eerstelijns gezondheidszorg.

De *Declaration of Alma Ata*, die in 1978 door de WHO-UNICEF-conferentie voor Primary Health Care werd opgesteld, omschrijft deze zorg als „gezondheid-bevorderend, preventief, curatief en revaliderend”. Een belangrijk onderdeel is de moeder- en kindzorg (maternal and child health care). De PHC behoeft geïntegreerde, functionele en onderling samenwerkende ondersteunende instanties, waardoor een „comprehensive health care” mogelijk

wordt, uitgevoerd door artsen, verpleegkundigen, verloskundigen en anderen (zie ook *Primary Health Care*). In het begin november 1979 gepubliceerde rapport en advies betreffende *De specifieke beroepsopleiding tot huisarts* van het E.E.G.-Raadgevend Comité voor de Medische opleiding, worden als eerste twee taken voor de huisarts genoemd:

- preventieve taken, zowel individueel als ten aanzien van gezinnen en risicogroepen, zowel technische als opvoedkundig;
- vroegdiagnostiek en primaire hulp.

Beschouwing

De voornaamste elementen die in de gedachtenvorming met betrekking tot de thema's „zorg voor de gezondheid van jeugdigen” en „vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen” een rol spelen, blijken:

De visies op de gezondheidszorg als professionele activiteit, waarin met name de opvattingen over:

- de doelstelling;
- de inhoud;
- de methoden;
- aandeel en taken der verschillende disciplines;
- aandeel en taken van de verschillende werkers;
- zin, nut, risico en rendement van bepaalde activiteiten.

De visie op de structuur, /organisatie van de gezondheidszorg als maatschappelijk systeem, waarin met name de opvattingen over:

- afbakening van en samenhang met andere systemen;
- afbakening van en samenhang met de verschillende subsystemen;
- de benodigde randvoorwaarden.

Het zal duidelijk zijn dat de hier aangeduide elementen met elkaar in verband staan, zodat opvattingen ten aanzien van een bepaald onderdeel consequenties hebben voor de visie op de overige. Zonder dit alles volledig uit te werken wil ik aan de hand van enkele voorbeelden deze onderlinge relaties nader aangeven.

- Het maakt nogal wat uit of men de zorg voor de gezondheid primair tot de verantwoordelijkheid van de burger – bij kinderen van hun ouders of verzorgers – rekent, en hoe groot men deze verantwoordelijkheid acht. Dit heeft directe gevolgen voor de grootte van het (complementaire) aandeel in deze zorg dat men aan het professionele systeem toekent.

- Het is van essentiële betekenis hoe

men de inhoud definieert van de zorg die men wil bieden. Is deze slechts curatief of alleen preventief, of omvat deze zorg alle aspecten? Dit heeft regelrechte consequenties voor de opbouw van het gezondheidszorgsysteem, maar ook voor diverse randvoorwaarden zoals bijvoorbeeld de opleiding.

- De waarde die men aan bepaalde methodieken – bijvoorbeeld van vroege opsporing – hecht, zal bepalend zijn voor het oordeel dat men heeft over een organisatie die juist op de toepassing van deze methodieken is gericht.

- Voor de organisatie van bepaalde activiteiten, bijvoorbeeld consultatiebureaus voor zuigelingen, is het onontbeerlijk eerst duidelijk aan te geven welk doel men daarmee nastreeft, welke verantwoordelijkheid men voor de professionele werkers ziet en welke taken men in dit kader aan de verpleegkundige en aan de arts toedenkt; dit alles met alle consequenties voor onder meer de opleiding. En passant zij opgemerkt, dat aan de mogelijke bijdragen van de fysiotherapie aan de preventie en de vroege opsporing nog vrijwel geen aandacht wordt geschonken.

- Indien men preventieve en curatieve benaderingswijzen als sterk verschillend, eventueel zelfs als principieel onverenigbaar in één persoon beschouwt, zal men streven naar aparte functionarissen voor deze twee soorten taken. Het begrip „continue zorg” krijgt dan ook een andere inhoud. In de preventieve jeugdgezondheidszorg wordt daarmee de aansluiting van de zuigelingen- en kleuterzorg op de schoolgezondheidszorg bedoeld, in de huisartsgeneeskunde de zorg van vóór de conceptie tot na de begrafenis (from sperm to worm). Een nog iets andere betekenis van „continuïteit” is te vinden in de opvatting, dat de positieve, preventieve, anticiperende, curatieve, revaliderende en signalerende aspecten van de zorg een continuum vormen dat niet zonder negatieve gevolgen gefragmenteerd kan worden. Tenslotte wordt „continu” ook opgevat als vierentwintig uur per dag gedurende zeven dagen per week en als zorg voor de patiënt bij de overgang van het ene naar het andere echelon.

- Wanneer bepaalde activiteiten, bijvoorbeeld ongericht periodiek geneeskundig onderzoek van hele populaties of subpopulaties, geen duidelijk aantoonbare verbetering van de levensverwachting c.q. van de levenskwaliteit van de onderzochte individuen teweegbrengt, of wanneer de wel aantoonbare „winst” niet (b)lijkt op te wegen tegen

de geïnduceerde medicalisering, somatische fixatie en reductie van eigen verantwoordelijkheid, of tegen de potentiële somatische schade (ioniserende stralen), zal men voor deze activiteiten geen randvoorwaarden (financiering) willen scheppen óf door bijvoorbeeld wetgeving (Wet Bevolkingsonderzoek) waarborgen moeten creëren. In dit verband is het goed erop te wijzen, dat steeds meer kritische analyses verschijnen waaruit blijkt dat de wél uitgesproken hulpvraag niet goed wordt „verstaan”. Hoe staat het dan met de níét uitgesproken behoeften? Kennen we die voldoende nauwkeurig om daarop ongevraagd een „zorgaanbod” te doen? Zijn we er ons voldoende van bewust door dit aanbod (te) hoge en dikwijls overspannen verwachtingen bij de bevolking op te roepen?

• Een uiterst belangrijk element is de verhouding generalist-specialist. Niet alleen in de discussie met betrekking tot de gezondheidszorg voor de jeugd, maar op vrijwel alle terreinen van de gezondheidszorg, ja eigenlijk in onze gehele maatschappij is dit vraagstuk aan de orde. Stelt men dat voor bepaalde aandoeningen, of voor bepaalde groepen specifieke deskundigheid benodigd is om op de specifieke behoeften van deze groepen of op de bijzondere aspecten van deze aandoeningen adequaat c.q. optimaal te kunnen inspelen, dan heeft men op het eerste gezicht natuurlijk volstrekt gelijk. Impliciet is dan geboden hetgeen men onder adequaat of optimaal verstaat: een grote deel-deskundigheid, diepgaande specialistische kennis en vaardigheid ten aanzien van een bepaalde groep of een bepaald terrein.

Het zal echter duidelijk zijn, dat benadering van het gezondheidszorgsysteem met alleen dit criterium zal leiden tot een sterke fragmentatie. Immers voor bejaarden, vrouwen, druggebruikers, lijders aan CARA, hart- en vaatziekten, reuma, kanker, diabetes, voor terminale patiënten en vult u maar aan – voor al deze „subgroepen” in onze samenleving zijn clusters van specifieke eisen met betrekking tot de aanpak te formuleren en merendeels ook al geformuleerd. Dikwijls leidt dit tot het propageren van aparte, op een dergelijke specifieke aanpak gerichte organisatievormen.

Tegelijkertijd wordt op alle fronten de fragmentatie betreurd, wordt meer afstemming bepleit en gepoogd de samenhang te bevorderen of te herstellen waar deze teloor is gegaan. Meer en meer krijgt men oog voor een „comprehensive approach” waarbij door integratie

van deel-deskundigheid en door een benadering van de mens als totaliteit, als individu in zijn sociale en culturele context, gezondheidszorg van een hogere orde wordt nagestreefd*. Hogere orde is hier bedoeld als het geheel, dat meer is dan de som der delen.

Het lijkt dus of de criteria „specifieke deskundigheid” en „samenhang” slecht met elkaar zijn te verenigen. Beide worden – terecht – van groot belang geacht voor een goede gezondheidszorg en dus zal een soort compromis, een „mix” gezocht dienen te worden die zoveel mogelijk aan beide recht doet.

In het interimadvies van de Centrale Raad en in het Rapport V.T.O. is een dergelijke „mix” te vinden, zij het dat de samenstelling van het mengsel, de verhouding van generalistisch en specialistisch aandeel in beide publikaties wat verschilt. In het advies van de Centrale Raad wordt een duidelijke taak onderkend voor de generalistische eerstelijns gezondheidszorg, met name voor de huisarts en de wijkverpleegkundige die daarbij in een deugdelijk organisatorisch kader gesteund zullen moeten worden door meer gespecialiseerde krachten. De landelijke Commissie V.T.O. ziet minder mogelijkheden in de eerste lijn en geeft een groter aandeel aan gespecialiseerde instanties.

Hoe de optimale mengverhouding er ook uit moge zien, over een aantal randvoorwaarden lijkt in grote lijnen eenstemmigheid te bestaan:

– de generalist, huisarts en all-round wijkverpleegkundige, dient een aanvaardbaar basisniveau van kennis en vaardigheden terzake te bezitten en te onderhouden;

– de generalist en de specialist zullen goed met elkaar moeten samenwerken, dat wil zeggen goede afspraken met betrekking tot taken, werkwijzen en procedures dienen te hebben;

– een goede administratie, registratie, rapportage en gegevensverwerking is een absolute voorwaarde die slechts in een goed organisatorisch geheel gewaarborgd kan worden.

De verdere uitwerking van de in beide publikaties neergelegde gedachten zal er naar mijn stellige overtuiging zeer mee gediend zijn, wanneer van huisartsenzijde duidelijk wordt gemaakt:

– welke doelstelling men nastreeft in de

* Het is dan ook niet toevallig, dat juist in de samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg zoveel pogingen waarneembaar zijn aan deze „integrale” of „geïntegreerde” gezondheidszorg gestalte te geven, onder meer door de zuigelingen- en kleuterbureaus voor de populatie van het centrum zelf ter hand te nemen.

huisartsgeneeskunde en in de eerstelijns gezondheidszorg;

– welk aandeel, welke taken men aan deze doelstelling wil ontnemen;

– welke bindende afspraken men bereid is te maken met betrekking tot de uitvoering van deze taken;

– welke ondersteuning men nodig acht, teneinde deze taken naar behoren te kunnen uitvoeren.

Het is bepaald niet alleen ten aanzien van de gezondheidszorg voor jeugdigen en de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen dat deze vragen dringend antwoord behoeven. Veel is reeds gaande op andere terreinen, met name op dat van hart- en vaatziekten en kanker. Hoe de keuze zal uitvallen, verdere uitbouw en versterking van de eerstelijns gezondheidszorg op basis van de echelonsgewijze structuuropvattingen dan wel verdere groei van categorale voorzieningen op grond van overwegingen betreffende specifieke behoeften en specifieke deskundigheid, hangt onder meer af van de duidelijkheid die het veld zelf verschaft. Zijn preventie en vroege opsporing ondergeschoven kinderen, stiefkinderen of troetelkinderen in het gezin van de eerstelijns gezondheidszorg of horen ze er gewoon bij?

Samenvatting. Twee recente publikaties, het „Eerste rapport van de Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen” en het „Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen” van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid waren aanleiding tot een bescheiden literatuurstudie. Daarbij is nagegaan welke opvattingen over deze materie bestaan onder de huisartsen, bij de georganiseerde jeugdgezondheidszorg en bij verschillende officiële instanties. Aan de belangrijkste elementen hieruit met betrekking tot de inhoud, structuur en organisatie van de gezondheidszorg wordt nog een nadere beschouwing gewijd. Tenslotte wordt gepleit voor duidelijkheid van de zijde van de huisartsen inzake de doelstelling van de huisartsgeneeskunde en de daaruit afgeleide taken, c.q. daartoe benodigde randvoorwaarden, dit alles in het bijzonder voor wat betreft het aandeel van de huisarts in de zorg voor de gezondheid van jeugdigen.

Summary. Juvenile health care. Step-child of general medicine? Two recent publications („Preliminary report of the National Commission on Early Diagno-

sis of Developmental Disorders" and „Interim advice on juvenile health care" by the Central Public Health Board prompted a modest study of the literature. This considered the views expressed on this subject by general practitioners, organized juvenile health care agencies and various official agencies. The principal elements of these views concerning substance, structure and organization of health care are discussed in some detail. A plea is made in favour of a more explicit attitude of general practitioners with regard to the objectives of general medicine and the resulting tasks and requirements, with special reference to the contribution of the general practitioner to juvenile health care.

Aalderen, H. J. van en J. A. Knottnerus. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 424-427.

Bloemen-Verhoeven, M., B. Bosboom, B. Dane-Biewenga e.a. Enkele aspecten van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. *Katholieke Universiteit Nijmegen*, 1975.

Bremer ter Stege, Chr. en A. Vrij. De ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg. VAR-reeks nr. 39. *Staatsuitgeverij, Den Haag*, 1979.

Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans (red.). Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. *Stenfort Kroese, Leiden*, 1969.

Dantuma, H., J. Hermanns, C. Coos e.a. Signalering en begeleiding van problemen in de ontwikkeling van jonge kinderen. *IPAW, vakgroep Ontwikkelingspsychologie, Rijksuniversiteit Utrecht*, 1978.

Declaration of Alma Ata. (1979) *huisarts en wetenschap* 22, 80-81.

Dijkhuis, H. IJ. P. M. Dokters, doctrinieren en pragmatici. *Inaugurale rede Leiden*, 1969.

Eerste rapport van de Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen. *Staatsuitgeverij, Den Haag*, 1979.

Es, J. C. van. Het moderne gewaad van de huisarts. *Inaugurale rede Utrecht*, 1967.

General Practice. Technical Report Series no. 267. *WHO, Geneva*, 1964.

Hoe helpt de dokter? Interimrapport samengesteld door de werkgroep Takenpakket. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1975.

Hogerzeil, H. H. W. Relatie eerste en „nulde" echelon en die tussen huisarts en jeugdarts. (1974) *Medisch Contact* 29, 1462-1464.

Huygen, F. J. A. Gezin en gezondheid. *Inaugurale rede Nijmegen*, 1968.

Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. *Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk*, 1979.

Jeugdgezondheidszorg. *Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne, Den Haag*, 1972.

Jeugdgezondheidszorg, doelstellingen, knel-

punten, toekomst. *Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, z.p.*, 1978.

Jeugdgezondheid . . . wiens zorg? (1979) *huisarts en wetenschap* 22, 433-435.

Jeugdwelzijn. Op weg naar een samenhangend beleid. Rapport van de Gemengde Interdepartementale Werkgroep Jeugd-welzijnsbeleid. *Staatsuitgeverij, Den Haag*, 1976.

Kenmerken van de huisarts. *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht*, 1975.

Meurs, A. F. W. van. Tien jaren NIK. (1973) *NIK berichten* 10, 56-60.

Paediatric, The, training required by the general practitioner. A report by a joint working party of the British Paediatric Association and the Royal College of General Practitioners. (1976) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 26, 128-136.

Plaats, De, van de medicus in het eerste echelon. Discussienota Commissie Eerste Echelon. (1976) *Medisch Contact* 31, 141-164.

Primary Health Care Alma Ata 1978. WHO-UNICEF-report. *WHO, Geneva*, 1978.

Rapport van de Commissie Huisartsen no. 5 Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. *Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage*, 1968.

Report of the Court Committee on child health services. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 27, 303.

Specifieke, De, beroepsopleiding tot huisarts. *Commissie van de Europese Gemeenschappen, Raadgevend comité voor de medisch opleiding, Brussel*, 1979.

Statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. [Leeuwenhorst statement.] (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 462.

Swaak, A. J. Ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg. De huisarts en de kinderrygiëne. (1977) *Medisch Contact* 32, 827-833.

Taken, De, van de huisarts. Rapport van de Commissie Takenpakket der L.H.V. (1977) *Medisch Contact* 32, 759.

Velden, H. G. M. van der. Over huisartsgeneeskunde. *Openbare les Nijmegen*, 1978.

Verslag SIMG-congres Opatija 1979. (1979) *De eerste lijn* 5, 148-150.

Verslag jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, Nederland. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid afdeling Moederschapszorg. *Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam*, 1974.

Visie op huisartsgeneeskunde. (1978) *Amice Collega*, maart 1978.

Voorhoeve, H. W. A. Jeugdgezondheidszorg in de eerstelijnsgezondheidszorg. (1977) *Medisch Contact* 32, 1313-1319.

Wielen, Y. van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. *Van Gorcum, Assen*, 1960.

Woudschotenrapport, Het. (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 370.

Nota Bene

De zgn. premature periode begint in de 26e week van de zwangerschap.

Het gebruik van de term „pre-term" verdient aanbeveling boven „prema-tuur".

Ook bij de partus immaturus dient een obductie verricht te worden, aangezien eerst dan het verloskundig handelen ge-toetst kan worden.

(Stellingen bij: J. I. Puyenbroek. Im-mature delivery. *Dissertatie Vrije Uni-versiteit Amsterdam*, 1979)

De kreet „snoep verstandig, eet een appel" kan voor veel gebitsprothesedra-gers in meerdere opzichten frustrerend zijn.

De uitdrukking „de tand des tijds" mo-tiveert niet tot een goede gebitsverzor-ging.

Het feit, dat er jaarlijks ongeveer één miljoen tanden en kiezen getrokken worden bij „gesaneerde" ziekenfonds verzekerde patiënten, geeft aan dat een saneringsverklaring geen bewijs is voor een gezonde mond.

Het 's nachts uitlaten van de gebitspro-thesen is voor de kaken een weldaad, voor de gemoedsrust veelal een kwel-ling.

(Stellingen bij: W. Kalk. Het kunstgebit een blij bezit? *Dissertatie Vrije Universi-teit Amsterdam*, 1979)

WONCA  NEWS

Door de WONCA wordt erop gewezen, dat zowel leden als niet-leden van het N.H.G. kunnen getuigen van hun belangstelling voor het werk van deze wereldorganisatie van wetenschappelijke huisartsenorganisaties door zich aan te melden als „direct member". De contributie bedraagt Aust. \$ 20,- per jaar. Aanmelding dient te geschieden bij: Dr. David A. Game, Honorary Secretary/Treasurer WONCA, 50 Lambert Road, Royston Park, S. A., 5070 Australia.