

werken, sprake is, behoeft geen toelichting, te minder als men ziet welk een belangrijke zelfstandige medische taak aan deze semi-artsen (assistent-artsen) is toevertrouwd, nl. bij elke „inschutting” (indien de overdruk, waaronder het verblijf van de te onderzoeken persoon zal plaatsvinden, meer dan 1,3 atmosfeer bedraagt) te onderzoeken of de lichamelijke gesteldheid van die persoon zodanig is, dat zijn verblijf onder overdruk toelaatbaar is. De semi-arts (resp. assistent-arts) blijft toezicht houden tijdens het inschutten en kan op elk willekeurig ogenblik — als naar zijn mening de lichamelijke gesteldheid van de werknemer het verhogen van de luchtdruk in de personenschutsluis verbiedt — die verhoging doen staken, resp. uitschutting bevelen.

Als men in aanmerking neemt, dat het caissonbesluit ter zake uitvoert art. 2 onder *f.* van de wet op werken onder overdruk, waarbij regels in het vooruitzicht gesteld zijn ten aanzien van „deskundig toezicht en hulp op geneeskundig gebied, alsmede ten aanzien van de taak van de met dat toezicht of die hulp belaste personen”, valt het niet te ontkennen, dat hier de semi-artsen (resp. assistent-artsen) zowel met deskundig toezicht als met „hulp op geneeskundig gebied” zijn belast; het is onmogelijk, aan het voorgaande het karakter van uitoefening van geneeskunst te ontzeggen.

Afdoende regeling van bevoegdheid én verantwoordelijkheid is onmiskenbaar vereist, wil men in de toekomst zowel de semi-artsen (assistent-artsen) als de met supervisie belaste artsen de meest ernstige civiel-, straf- en tuchtrechtelijke „verwickelingen” besparen. Daarover nader.

Knegsel, 28 april 1969

Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### INTERNATIONAAL ONDERZOEK VAN MALIGNIE MELANOMEN

Maligne melanomen kunnen snel metastaseren. Ten gevolge van deze tumor overlijdt een hoog percentage van de patiënten binnen enkele jaren. Geen wonder, dat bij vele klinici de behoefte bestaat aan betrouwbare en praktische richtlijnen voor de diagnostiek en de therapie. Verder onderzoek van de maligne melanomen is daarvoor dringend gewenst!

Het relatief kleine aantal melanoompatiënten per jaar per ziekenhuis maakt samenwerking absoluut noodzakelijk. Daarom werd in 1967 te Milaan de Internationale Melanomen Werkgroep opgericht, waaraan thans instituten uit 15 landen medewerken: Noorwegen, Nederland, België, Groot-Brittannië, Frankrijk, Italië, Polen, Tsjechoslowakije, Hongarije, Bulgarije, Roemenië, Rusland, de Verenigde Staten van Amerika, Brazilië en Peru. In deze werkgroep wordt Nederland vertegenwoordigd door de melanomenwerkgroep van het Antoni van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam.

De World Health Organization hechtte in 1968 haar goedkeuring aan het werkprogramma. De Internationale Melanomen Werkgroep heeft een chirurgische clinical trial (I) georganiseerd, en een prospectief onderzoek (II); voorts worden researchprojecten (III) betreffende maligne melanomen door haar gestimuleerd.

Door middel van de chirurgische clinical trial wordt getracht een door feiten gefundamenteerd antwoord te vinden op de vraag, of profylactische regionale lymfklierdissectie geïndiceerd is, of juist niet.

Door middel van het prospectief onderzoek wordt getracht:

- a. zo veel mogelijk maligne melanoompatiënten te registreren;
- b. hun gegevens nauwkeurig en op uniforme wijze te documenteren, zodat daarna bewerking door de statisticus met behulp van een computer kan plaats vinden, om tenslotte op basis van de hieruit getrokken conclusies te komen tot het opstellen van een aantal betrouwbare en praktisch bruikbare richtlijnen voor het onderzoek en de behandeling van maligne melanomen;
- c. door de aan deze internationale werkgroep verbonden patholoog-anatomen wordt op basis van het histologisch onderzoek elke patiënt uitgesloten, bij wie niet met zekerheid de diagnose maligne melanoom gesteld kan worden. Daarom dienen van elke te registreren patiënt 2 representatieve coupes te worden ingestuurd (bij voorkeur van de primaire tumor);
- d. ook de gegevens van de na-controle zijn van groot belang. Daarom zal elke geregistreerde patiënt ten minste 5 jaar, volgens een bepaald schema, gecontroleerd worden (tenzij hij reeds eerder is overleden).

Voor een goede documentatie, die beoordeling ook achteraf nog mogelijk maakt, is het zeer gewenst een foto te maken van elke huidafwijking, die er van verdacht wordt een primair maligne melanoom te zijn.

Wat de researchprojecten betreft: In het Antoni van Leeuwenhoekhuis zullen worden uitgevoerd, of zijn reeds in uitvoering:

1. Weefselkweek voor a. immuniteitsonderzoek, en b. in-vitro-bepalingen van de gevoeligheid voor cytostatica.
2. Histochemisch onderzoek.
3. Elektronenmicroscopisch onderzoek.
4. Bepaling van metaboliëten van DOPA in de urine.

In verband met de hierboven beschreven onderzoeken vragen wij dringend de medewerking van alle specialisten om:

A. Indien het een klinisch verdacht primair maligne melanoom betreft:

1. direct de grootste en de kleinste afmeting in mm te noteren;
2. er een foto van te maken of een duidelijke tekening;
3. zo spoedig mogelijk het Antoni van Leeuwenhoekhuis op te bellen: 020 - 94 34 34 (DE VRIES, 's avonds 01710 - 34153), voor overleg betreffende a. de verdere documentatie, en b. het verkrijgen van vers excisie-materiaal van een gedeelte van de primaire tumor voor de researchprojecten.

B. Voorts, indien de primaire tumor reeds geëxideerd werd, of de lokalisatie niet bekend is, ons ook dan zo spoedig mogelijk op te bellen in verband met de registratie en documentatie, zodat ook in Nederland zoveel mogelijk maligne melanoompatiënten geregistreerd en op uniforme wijze gedocumenteerd zullen worden, onafhankelijk van het stadium waarin zij verkeren en onafhankelijk van de reeds toegepaste behandeling(en).

Uw aller medewerking zal bijzonder op prijs gesteld worden.

Amsterdam, juli 1969

E. A. VAN SLOOTEN  
N. C. T. DE VRIES

### KLINISCHE FARMACOLOGIE

Het Caput Selectum „Waarom klinische farmacologie?” (MEYLER, 1969) zal velen inzicht hebben gegeven in de problematiek waarmee de klinische farmacoloog zich wil bezighouden. Men zou de indruk kunnen hebben, dat de klinische farmacologie pas de laatste decennia tot ontwikkeling is gekomen. Het is in dit verband interessant op te merken, dat

reeds in de jaren twintig door WILLEM STORM VAN LEEUWEN (1882-1933), sedert 1920 hoogleraar in de geneesmiddelleer te Leiden, werd gepoogd toegang te krijgen tot het Academisch Ziekenhuis om de collegae van advies te dienen. Deze mogelijkheid werd hem niet gegeven, wat voor STORM VAN LEEUWEN, die de innige samenhang tussen farmacologie en kliniek steeds beklemtoond heeft, een bijzondere teleurstelling was.

Deze gang van zaken leidde er ook min of meer toe, dat enkele jaren later STORM VAN LEEUWEN een privé-kliniek te Leiden opende waar zijn indertijd zeer bekend geworden onderzoeken over allergie en astma werden verricht (BEUMER 1968).

Tussen de jaren twintig en thans is wel het een en ander veranderd in de farmacologie en de therapie; een directe vergelijking tussen vroeger en nu is niet goed mogelijk, temeer daar niet bekend is wat STORM VAN LEEUWEN precies voor ogen zweefde. Toch is uit zijn aantekeningen wel bekend dat zijn opvattingen over de taak van de farmacoloog in de kliniek niet zo veel verschillen van die, zoals uiteengezet door MEYLER. Het is goed te weten, dat in Nederland omstreeks 1920 reeds door mensen met een vooruitziende blik werd gedacht aan de klinische farmacologie.

*Literatuur:* BEUMER, H. M. (1968) *Willem Storm van Leeuwen und seine Bedeutung für die Asthmaforschung*. Proefschrift, Universiteit Düsseldorf. — MEYLER, L. (1969) *Waarom klinische farmacologie?* *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1275.

Utrecht, 21 juli 1969

H. M. BEUMER

Het is inderdaad een feit, dat de klinische farmacologie als afzonderlijke discipline pas in de laatste decennia tot ontwikkeling is gekomen. Tevoren waren er zeker voorlopers die behoefte hadden, de farmacologie in de kliniek in te voeren. STORM VAN LEEUWEN was er één van.

Groningen, 30 juli 1969

L. MEYLER

#### DE PLAATSINGSMOGELIJKHEDEN VOOR PUBERTEITSPSYCHOTICI IN NEDERLAND

De noodkreet van collega J. WEINBERG (1969) is voor ons een welkome aanleiding iets te ontvouwen over de activiteiten van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort ten aanzien van de plaatsingsmogelijkheden voor puberteitpsychotici.

Sinds begin mei 1968, nu dus reeds 15 maanden lang, staat er in ons ziekenhuis een afdeling voor jonge meisjes, in leeftijd variërend van 12-25 jaar. Het was ons immers gebleken, dat er ernstige behoefte bestond aan de psychiatrische behandeling en begeleiding van jongeren uit deze leeftijdsgroep.

Thans is er plaatsingsmogelijkheid voor 35 meisjes; tot 1 oktober a.s. is de outillage nog gebonden aan die van de andere paviljoens, echter wel qua ruimte afgezonderd van de paviljoens voor oudere patiënten. Per 1 oktober a.s. zal een gewenst eigensoortig milieu in een volstrekt modern herschepen ruimte geboden worden, met zo mogelijk eigen kamertjes, specifieke creatieve therapieruimten, beatzolder e.d. Ongeveer 3 maanden later worden voor 35 jongens uit dezelfde leeftijdscategorie een gelijksoortig en aangrenzend gedeelte van het ziekenhuis geopend: het totaal te verplegen jongeren bedraagt dan 70.

Het merendeel der tot nu toe opgenomen patiënten bleek te lijden aan identiteitscrises, die op pathologische wijze werden verwerkt en zich presenteerden onder depressieve, schizofreniforme, maniforme beelden, of als borderline-states. Daarnaast hebben wij de gelegenheid om, in samenwerking met o.a. de Jellinekkliniek te Amsterdam, ook enkele zich vrijwillig aanbiedende verslaafden aan „hard drugs” te behandelen.

Het therapeutisch milieu biedt gelegenheid tot het opvangen van een surplus aan ageren, tot het leggen van leeftijdscontacten, tot het leren kennen van rolproblematiek en groepsinteracties. Naast de individuele psychotherapie, de groepstherapie, de creatieve en de bewegingstherapie, als ook de vele ontspanningsmogelijkheden, staat de psychiatrisch maatschappelijke begeleiding, die behalve de voorbereiding op een werkkring, ook de schoolkeuze en de familieomstandigheden in haar werk betreft. Een typecursus en schoolbegeleiding wordt mogelijk gemaakt.

Er hebben bij de opname in de laatste 15 maanden geen direct bindende afspraken bestaan met instanties binnen een bepaald rayon; integendeel, zowel uit de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht werden patiënten aangeboden en opgenomen. De afstand tussen de inrichting en het ouderlijk huis van patiënt, die soms dus groter was dan gewenst zou lijken, is vaak juist zeer heilzaam gebleken bij het tot eigen identiteit en individualiteit trachten te leiden van de jongere patiënt.

Een voordeel van de situering van deze grote afdeling jeugdpsychiatrie in een „breedspectrum” psychiatrisch ziekenhuis is de beschikbaarheid van goed uitgeruste somatische onderzoek- en behandelingsmogelijkheden, verdere arbeidstherapeutische training en de flexibiliteit om die patiënten, van wie toestandsbeeld of ziektebeloop het noodzakelijk maakt, een ander verpleegmilieu aan te kunnen bieden, alsook om een optimaal verplegingskader te kunnen vormen.

*Literatuur:* WEINBERG, J. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1284.  
Santpoort, 30 juli 1969

J. L. VAN DE LANDE,  
psychiater

In de eerste plaats moet mij van het hart, dat wat collega VAN DE LANDE tracht te realiseren, een zeer vooruitstrevend en efficiënt plan lijkt te zijn. Bij het lezen van zijn stukje rijst er echter een „maar” in mijn gedachten.

Waar ik speciaal op doelde in mijn noodkreet, was, dat vooral jeugdige psychotici, die door gedrag en gestoordheid extreme moeilijkheden gaven, of door de waarschijnlijk zeer lange duur van opname, door verreweg de meeste psychiatrische inrichtingen geweigerd werden. De opzet van collega VAN DE LANDE, hoe loffelijk ook, lijkt erg op het beleid en de organisatie van neurose-klinieken, die niet in staat blijken te zijn, en dus bij voorbaat weigeren, ernstig gestoorde op te nemen. Dit vermoeden van mij wordt nog versterkt door de 4e alinea van collega VAN DE LANDES betoog, waarin hij spreekt over het merendeel van de opgenomen ziektegevallen, die identiteitscrises zouden zijn. De gevallen, die voor mij aanleiding waren, een noodkreet te plaatsen, golden vooral hebefrenieën, ontwikkelingspsychosen en geleidelijk verergerende, maar reeds lang voor de puberteit bestaande hysterische en depressieve psychosen.

Hoezeer ik een therapeutisch milieu in een psychiatrische inrichting ook toejuich, als er niet tevens een plaats is voor een gesloten, klinisch-psychiatrische afdeling voor pubers en adolescenten, dan voldoet de psychiatrische inrichting niet geheel aan de eisen van deze tijd.

Er zijn klinieken, die wel bindende afspraken hebben met bepaalde instanties binnen een bepaald rayon. Mij is in de praktijk vaak gebleken, dat ook die inrichtingen, die geen officiële bindende afspraken hebben, geneigd zijn, aanvragen tot opname uit oorden, die buiten hun horizon liggen, in eerste instantie af te wijzen en uiteindelijk zoveel moeilijkheden creëren, dat de opname in feite onmogelijk wordt.

Ik dank collega VAN DE LANDE en het *Tijdschrift*, mij de gelegenheid te hebben gegeven, mijn noodkreet nog eens toe te lichten.

Utrecht, 10 augustus 1969

J. WEINBERG,  
zenuwarts