

# MEDISCH CONTACT

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NEDERLANDSCHE  
MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

COMMISSIE VAN REDACTIE:

G. C. HERINGA, Hoofdredacteur — F. WIBAUT — S. STURKOP  
REDACTIE EN ADM.: KEIZERSGRACHT 327. TEL. 36808 — AMSTERDAM

## INHOUD:

*Ziekenfondswezen*: Dr. A. C. DROGENDYK, De bestuurssamenstelling van een ziekenfonds, pag. 189. *Onderwijs en Wetenschap*: Dr. J. H. F. LAHR, De artsencursus, pag. 197. *Sociale Geneeskunde*: Werkgroep A. V. Soc. Gen., De betekenis van de bedrijfskeuringen, pag. 198. *Beroepsbelangen*: J. P. SCHILT, Nog éénmaal huisarts, pag. 204; K. J. JAMES, Synthese, pag. 206. *Van het Hoofdbestuur*: Commissie Bedrijfsarts, pag. 210. *Vereniging voor Maatschappelijke Belangen*: Kort verslag ledenvergadering L.H.V., 31 Januari 1948, pag. 211. *Specialistenregister*: Verbetering, pag. 214. *Van de Overheid*: Het Ministerie van Sociale Zaken trok geen subsidie in voor asthma-lijdertjes, pag. 214. *Vragenrubriek*, pag. 215. *Boekbespreking*: S. C. M. SPOOR: Dorothy Deming, R.N.: Careers for Nurses, pag. 216; Verbetering, pag. 216.

## ZIEKENFONDSWEZEN

DE BESTUURSSAMENSTELLING VAN EEN ZIEKENFONDS,  
door Dr. A. C. DROGENDYK.

Een van de vele strijdvragen in het Ziekenfondswezen, zowel in het verleden als in het heden, is ongetwijfeld de vraag, op welke wijze het bestuur van een ziekenfonds dient te worden samengesteld. Nu is het voor geen tegenspraak vatbaar, dat verzekerden en medewerkers de beide hoofdgroepen van belanghebbenden vormen in het ziekenfonds. Niets ligt dan ook meer voor de hand, dan dat men afgevaardigden van deze beide groepen deel ziet uitmaken van een ziekenfondsbestuur. Niettemin is dit noch in het verleden het geval geweest, noch in het heden de regel. Met name in vroeger jaren gaf de samenstelling van een ziekenfondsbestuur een bonte schakering te zien, waarbij het opvallend is hoe klein het aantal ziekenfondsen bedraagt, dat aan bovengestelde eis voldeed. Het volgende voorbeeld illustreert dit duidelijk.

Omstreeks 1900 bestonden er drie soorten van ziekenfondsen, te weten: *a.* ziekenfondsen met een financieel belangeloos bestuur, *b.* doktersfondsen en *c.* ziekenfondsen met een financieel belanghebbend bestuur<sup>1)</sup>. Het bestuur van de onder *a.* genoemde fondsen werd gevormd uit:

1. geneeskundigen en apothekers deelnemers, leden en particulieren;
2. deelnemers en leden;
3. deelnemers en particulieren;

<sup>1)</sup> Rapport omtrent de toestand der ziekenfondsen in Nederland. Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1908,

4. deelnemers;
5. leden en particulieren;
6. leden;
7. particulieren;
8. directies van industriële ondernemingen (fabrieksfondsen);
9. directies van maatschappijen (spoorwegfondsen).

Het bestuur van de doktersfondsen bestond uit de aard der zaak alleen uit artsen. Wat de bestuurssamenstelling betreft van de onder *c.* genoemde categorie, hadden sommige ziekenfondsen een naamloze vennootschap aan het hoofd staan, anderen een bestuur bestaande uit particulieren (z.g.n. exploitatie-fondsen). Laatstgenoemde soort werd dan weer onderverdeeld in de volgende vijf groepen:

1. zonder raad van toezicht;
2. met een raad van toezicht gevormd uit particulieren;
3. met een raad van toezicht gevormd uit ziekenfondsleden;
4. met een raad van toezicht gevormd uit geneesheren en apothekers;
5. met een raad van toezicht gevormd uit autoriteiten.

Inderdaad een bonte mengeling van bestuurssamenstelling. Opvallend is hierbij, gelijk gezegd, het klein getal fondsen, dat zowel verzekerden als medewerkers in zijn bestuur had opgenomen. Van de in totaal 616 ziekenfondsen waren dit er slechts 12, voorwaar een luttel getal.

Hierbij vergeleken steekt het heden wel zeer gunstig af. Vooreerst zijn er momenteel, enkele kleine ziekenfondsen buiten beschouwing gelaten, slechts 4 groepen van ziekenfondsleden, n.l. *a.* maatschappijfondsen in beheer van artsen, apothekers en verzekerden, *b.* onderling beheerde fondsen in beheer van verzekerden, *c.* directie-fondsen in beheer van directies van verzekeringsinstellingen en *d.* bedrijfsfondsen in beheer van directies van een bedrijf (al of niet met verzekerden). In de tweede plaats zijn van deze in totaal 159 ziekenfondsen er 72 Maatschappij-ziekenfondsen, m.a.w. bijna de helft van de ziekenfondsen heeft een bestuur, samengesteld uit verzekerden en medewerkers <sup>2)</sup>.

Is er ten opzichte van het verleden dus een merkbare verbetering te constateren, anderzijds dient evenwel direct opgemerkt te worden, dat wij nog ver verwijderd zijn van het ideaal: medewerkers zowel als verzekerden invloed te zien uitoefenen op de gang van zaken. De vraag, hoe dit komt is voor ieder, die bekend is met de historie, niet moeilijk te beantwoorden. Het ziekenfondsstelsel toch heeft zich in ons land, in tegenstelling met het buitenland, ontwikkeld uit het particulier initiatief. Onderscheidene personen of groepen van personen hebben, op grond van zeer uiteenlopende motieven, in vroeger jaren ziekenfondsen opgericht. Zo zijn successievelijk ontstaan de onderling beheerde ziekenfondsen, omdat de arbeiders beter gezamenlijk het risico, verbonden aan ziekte, konden dragen, dan alleen; de doktoren- (en apothekers) fondsen, omdat de artsen hun minder met aardse goederen bedeelde medeburgers tegemoet wilden komen in het lenigen van hun sociale nood; de ondernemingsfondsen, omdat men een middel in het ziekenfonds zag om tevens het bedrijfsbelang te dienen en de directiefondsen, omdat zij het ziekenfonds wensten te gebruiken ter introductie voor het afsluiten van verzekeringen. Later zijn daar nog politieke en religieuze oogmerken bijgekomen en dat alles maakt, dat deze ziekenfondsen.

<sup>2)</sup> Vgl. De Ziekenfondsgids, Maart 1947, blz. 67.

met hun zo uiteenlopende bestuursvormen, zich tot op de dag van heden gehandhaafd hebben.

Nu binnen afzienbare tijd het wetsontwerp ziekenfondswet het licht zal zien, kan het zijn nut hebben opnieuw de vraag onder de ogen te zien op welke wijze, naar billijke en redelijke eisen, een bestuur van een ziekenfonds dient te zijn samengesteld. Wil men deze vraag echter goed beantwoorden, dan is allereerst nodig vast te stellen het eigenlijke karakter van een ziekenfonds, want ook ten aanzien van dit punt lopen de meningen zeer uiteen.

Zo heeft men, om daarmee te beginnen, het ziekenfonds wel vergeleken met een vereniging, een vergelijking, waarvan de onjuistheid onmiddellijk in het oog springt. Een vereniging toch is een verzameling van personen, met een zeer speciaal doel, waarvan de leden een zekere contributie betalen ter dekking van noodzakelijke onkosten (zaalhuur, salariering van één of meer beampten, die in dienst zijn, enz.). Men kan en mag echter de artsen en apothekers niet vergelijken met dergelijke gesalarieerde ambtenaren. Voorts heeft SAUER<sup>3)</sup> indertijd al terecht opgemerkt, dat bij een juiste werking van een ziekenfonds geheel andere dingen betrokken zijn dan de normale doelstellingen van verenigingen.

Een ziekenfonds is voorts geen onderneming, behoort het althans niet te zijn, want het is allermint de bedoeling er een winstgevend bedrijf van te maken. Het commercieel beginsel als grondslag van het ziekenfondswezen wordt daarom tegenwoordig terecht door iedereen verworpen en er zal wel niemand meer te vinden zijn, die onderschrijft, hetgeen de Staatscommissie, naar aanleiding van een uitgebreid onderzoek zich uitstrekkend over verschillende fondsen, indertijd eens schreef: „Het is buiten twijfel, dat de deelnemer in menig geval, én voor de geneeskundige behandeling én voor de verzekering van gelden bij overlijden, het best en met de meeste waarborgen door hen wordt bediend, die er een winstgevend bedrijf van maken”<sup>4)</sup>.

In de derde plaats heeft men van bepaalde zijde, n.l. de „Landelijke Federatie van het Ziekenfondswezen”<sup>5)</sup>, de ziekenfondsen gerangschikt onder de coöperaties, te vergelijken met de verbruikcoöperaties. Nu is er in de ziekenfondsen wel een coöperatief beginsel aanwezig, te weten een samenwerking van deelnemers en verzekerden om de geneeskundige verzorging zo goed mogelijk te regelen, maar dit impliceert nog geenszins de gelijkschakeling van een ziekenfonds met een verbruikcoöperatie. De geneesheer toch is geen leverancier van gezondheid en zijn verhouding tot de patienten van gans andere aard. „Zijn betrekking tot de zieken en tot het gezin der leden is en behoort iets anders te zijn dan die van de leverancier in een verbruikcoöperatie, van wie slechts wordt gevorderd, dat hij de leden, voor het minste geld, de beste artikelen levert. Het is niet denkbaar, dat een ziekenfonds, waarin aan deze verbruiksvereniging-eisen wordt voldaan en waaraan m.a.w. de knapste dokter is verbonden en waar de wekelijkse contributie tot een minimum is gereduceerd, dat zulk een fonds toch slecht werkt en niet populair is, omdat de dokter hartelijkheid, toewijding en vriendschap aan zieken onthoudt, welke eigenschappen niet zijn te reglementeren en wier waarde niet in geld is uit te drukken”<sup>6)</sup>.

Wat is een ziekenfonds dan wel? Een ziekenfonds moet nog altijd gezien

<sup>3)</sup> Dr. H. C. SAUER: Geneeskundige verzorging van den minvermogene zieke in Nederland. Amsterdam, 1935, blz. 125.

<sup>4)</sup> Verslag van de I Afdeling der Staatscommissie van Arbeidsenquête, aangaande „de verzekering of andere voorzorgen bij ongevallen, ziekte, overlijden of ouderdom van werklieden, voor zover die maatregelen niet in verband staan met enige bepaalde inrichting van nijverheid”. 1892, blz. 8.

<sup>5)</sup> Niet te verwarren met onze Federatie „Verenigde Maatschappij Ziekenfondsen”.

<sup>6)</sup> Rapport der commissie, benoemd om een onderzoek in te stellen aan welke eisen een ziekenfonds behoort te voldoen. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1900, deel I, blz. 462.

worden als een sociale verzekering, omdat de leden tegen een vast bedrag per week zich verzekerd hebben tegen de geldelijke gevolgen van ziekte (en ongeval), terwijl deze verzekering een zeer groot gedeelte der bevolking omvat. Het beginsel van de verzekering: eventuele schade, eventuele onkosten, eventueel verlies niet alleen, maar gemeenschappelijk te dragen, waardoor de druk aanmerkelijk verlicht wordt, is ook in het ziekenfonds voor de volle honderd procent aanwezig. En wie zal ontkennen, dat het ziekenfonds niet sociaal, d.w.z. maatschappelijk gericht is? De grondgedachte van het ziekenfonds is dan ook geen andere, dan een collectieve verzekering tegen de gevolgen van ziekte.

Uit deze definitie zou men gevoeglijk kunnen afleiden, dat het ziekenfondswezen krachtens zijn aard behoort tot het grote terrein der „sociale verzekering”. Niettemin is deze gedachte foutief, of liever gezegd is het naar de mening van velen beter het ziekenfonds te laten ressorteren onder „volksgezondheid”. Het ziekenfonds is n.l. wel een sociale verzekering, maar van een zeer bijzonder karakter en met een geheel eigen aard. „Tussen deze sociale wet, de ziekteverzorgingswet”, aldus NIEUWENHUYZEN<sup>7)</sup>, „en alle andere sociale wetten is een cardinaal en diepgaand verschil, waarop niet genoeg de aandacht kan worden gevestigd en waarvan niet genoeg de waarde kan worden bepleit. Terwijl bij de andere sociale wetten als Ziektewet, Invaliditeitswet, Ongevallenwet e.a., de financiële gevolgen van ziekte, invaliditeit, ongeval (hierbij niet alleen) e.a. zijn verzekerd, regelt de Ziekenfondswet de verzorging met medische, pharmaceutische, tandheelkundige en verstrekkingenhulp. Het pecuniaire wordt vervangen door het lichamelijke (physische, chirurgische, pharmaceutische behandeling), het onpersoonlijke (financiële bijstand) door het persoonlijke (hulp van arts als mens), het concrete (geldelijke ondersteuning) door het abstracte (de medische raad, psychische behandeling).”

Deze even scherpe als duidelijke onderscheiding onderschrijven wij volkomen. Het is dan ook geen toeval, dat zowel het „plan-SNELLEN”<sup>8)</sup> als het „plan-Heerlen”<sup>9)</sup> het ziekenfondswezen uitsluitend zien als onderdeel van de gehele volksgezondheidszorg. Tevens vloeit hieruit voort, dat een zelfstandig „departement van volksgezondheid”, waarop de Algemeene Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde terecht bij voortduring haimert, inderdaad zeer gewenst zou zijn.

Wanneer een ziekenfonds gezien moet worden in het licht der volksgezondheid, dan is het ook volkomen logisch, dat een ziekenfonds slechts één doel kan hebben, n.l. het bevorderen der volksgezondheid. Alle bij-oogmerken als daar zijn: winstbejag, het behartigen van belangen van bepaalde bedrijven of ondernemingen, religieuze of politieke doeleinden e.d., zijn uit den boze. Slechts de belangen der volksgezondheid dienen behartigd te worden en alle andere belangen of overwegingen (zoals b.v. verzekerings-technische) behoren hieraan ondergeschikt te zijn.

In het licht van deze beschouwingen willen wij nu onder ogen gaan zien, op welke wijze een ziekenfondsbestuur dient te worden samengesteld.

Als eerst in aanmerking komende groep kunnen dan genoemd worden de verzekerden. Zij immers zijn de direct-belanghebbenden, zij toch dragen mede de verantwoordelijkheid voor de goede gang van zaken in het ziekenfondswezen, zij hebben allen een persoonlijke band met het ziekenfonds en zij betalen de premie rechtstreeks uit eigen zak. Het zou overigens gelijk staan met water naar de zee te dragen hun plaats in het bestuur nog verder te argumenteren.

---

<sup>7)</sup> F. C. NIEUWENHUYZEN: Het „plan-Heerlen”. Medisch Contact, 8 Nov. 1946.

<sup>8)</sup> Rapport van de commissie der artsen ter bestudering van de regeling van het toekomstig ziekenfondswezen (voorzitter Dr. H. A. SNELLEN).

<sup>9)</sup> Plan-Heerlen betreffende de reorganisatie van het ziekenfondswezen in Nederland. Heerlen, 1946.

Als tweede in aanmerking komende groep dienen genoemd te worden de medewerkers. Zij vormen immers de tweede hoofdgroep van belanghebbenden, zij dragen in hoge mate de verantwoordelijkheid voor de goede geneeskundige verzorging van de verzekerden, zij zijn bij uitstek de deskundigen op medisch-pharmaceutisch gebied en zij hebben allen een persoonlijke band met het ziekenfonds. Ook hier zou het betekenen uilen naar Athene dragen, indien wij hun plaats in het bestuur nog verder zouden verdedigen.

Het is in dit verband misschien niet ondienstig op te merken, dat het een verouderd en reeds lang overwonnen standpunt is de medewerkers te beschouwen als werknemers, als ambtenaren, dus als ondergeschikten en aangezien het opdragen van bestuursfuncties aan ondergeschikten niet alleen in zichzelf onlogisch, maar naar de ervaring leert ook onpractisch is, uit dien hoofde hun een plaats in het ziekenfondsbestuur te ontzeggen<sup>10)</sup>.

Bij het bespreken van de samenstelling van een ziekenfondsbestuur dient, gelijk SAUER<sup>11)</sup> volkomen terecht opmerkt, voorop te staan, *dat in het bestuur alleen zitting mogen hebben zij, die een persoonlijke band met het ziekenfonds hebben*. En wie zijn die personen anders dan de verzekerden en de medewerkers? En zijn inderdaad meerdere groepen van belanghebbenden — wij komen er zo aanstonds op terug — maar geen van deze groepen kan bogen op persoonlijke banden met het ziekenfonds dan uitsluitend de groep der verzekerden en die der medewerkers. Daarom komen zij, maar ook zij alleen, voor een bestuursfunctie in aanmerking. Of, zoals de commissie „Snellen” het formuleert: „Het initiatief en de zelfwerkzaamheid der „direct-betrokkenen” dienen volkomen tot hun recht te komen”. Daarom eisen zij, dat in de besturen der ziekenfondsen zitting zullen hebben vertegenwoordigers van deelnemers en verzekerden, teneinde door onderling overleg en in georganiseerde samenwerking de ziekenfondsen te leiden. Ook BLANKSMA en VAN DER MANDELE<sup>12)</sup>, om niet meer te noemen, achten de direct-betrokkenen de aangewezen personen om een bestuur van een ziekenfonds samen te stellen.

De quaestie van de bestuurssamenstelling is hiermede nog niet volledig besproken. Vooreerst toch is sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit ook het bedrijfsleven geïnteresseerd voor het ziekenfondswezen. En daar er hier en daar stemmen opgaan voor de werkgevers ook een plaats in het ziekenfondsbestuur in te ruimen, is het noodzakelijk hier een enkel woord aan te weiden.

Eén van de stemmen, welke pleiten voor het opnemen van werkgevers in het bestuur van een ziekenfonds, wordt gevormd door de samenstellers van het „plan-Heerlen”. „Het is wenselijk, dat het bedrijfsleven in het bestuur vertegenwoordigd is”, aldus luidt de desbetreffende zin. Wij kunnen hierover overigens kort zijn, daar enige argumentatie ten enenmale ontbreekt. Meer uitvoerig gaat een andere stem, die van VAN LIENDEN<sup>13)</sup>, op dit vraagstuk in.

Na gewezen te hebben op de nieuwe georganiseerde contacten, die in de toekomst het onafhankelijke ziekenfondswezen zal moeten onderhouden met de publiekrechtelijke organen van sociale verzekering, gezondheidszorg en maatschappelijke groepen, betoogt hij, dat inschakeling van vertegenwoordiging van die zijde in bestuur en leiding noodzakelijk zijn, *nu de tijd van de „pariteit” welhaast voorbij is*<sup>14)</sup>. Dit laatste geldt dan niet alleen voor het leidend orgaan,

<sup>10)</sup> Vgl. Prof. Mr. M. W. F. TREUB: Over Sociale Verzekering. Amsterdam, 1906, blz. 81.

<sup>11)</sup> I.c., blz. 128.

<sup>12)</sup> C. BLANKSMA en Dr. L. J. VAN DER MANDELE: De toekomstige taak der ziekenfondsen. Deventer, 1946, blz. 115.

<sup>13)</sup> C. J. VAN LIENDEN: De plaats van het Ziekenfonds der toekomst naast de komende publiekrechtelijke organen van gezondheidszorg en sociale verzekering. Uitgave Centrale Bond van Ziekenfondsen, 1947, blz. 13-14.

<sup>14)</sup> Cursivering van ons.

de ziekenfondsraad, maar ook voor de ziekenfondsbesturen. „Thans reeds achten wij de tijd rijp, de „Stichting van de Arbeid” een ongeveer overeenkomstige plaats in de ziekenfondsbesturen in te ruimen als haar dezer dagen in de ziekenfondsraad wordt ingeruimd”. Volgens VAN LIENDEN zou hiermede eens en voorgoed een einde worden gemaakt aan oude belangentegenstellingen en aan de daaruit voortvloeiende strijd om de „macht”, die zolang de ontplooiing van het ziekenfondswezen remde”. Zodoende komt hij tot de opbouw van een ziekenfondsbestuur, dat *in gelijke mate*<sup>15)</sup> zal dienen te zijn samengesteld uit verzekerden, uit medewerkers (artsen, apothekers, tandartsen) en uit het bedrijfsleven (werkgevers en werknemers).

Alvorens deze stemmen kritisch te gaan beluisteren kan opgemerkt worden, dat het opnemen van werkgevers in een ziekenfondsbestuur allerm minst een nieuw geluid is. Toen minister VEEGENS in 1906 een nieuw ontwerp Ziekteverzekeringswet het licht deed zien, werd door het toenmalige Hoofdbestuur der Ned. Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst op 3 Februari 1907 een adres hierover ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal<sup>16)</sup>. In dit adres, waarin verschillende bezwaren worden ontwikkeld tegen het genoemde wetsontwerp, werd o.m. bepleit het bestuur van de districts-ziekenkassen (geldelijke uitkering bij ziekte en geneeskundige behandeling waren in het wetsontwerp nog niet gescheiden) te doen bestaan voor de helft uit verzekerden en werkgevers, voor de andere helft uit geneesheren en apothekers. Zij motiveerden deze samenstelling van een ziekenfondsbestuur met de opmerking, dat een bestuur, waarin alle belanghebbenden zitting hebben ten eerste gewenst is, omdat dan van de verschillende belanghebbenden zelf een krachtig initiatief in de een of andere richting zou kunnen uitgaan. En nu ter zake.

Eén van de argumenten ter verdediging van het zittingnemen van werkgevers in het ziekenfondsbestuur is het economisch belang, dat het bedrijfsleven heeft bij een goed werkend ziekenfonds. Hoe beter de arbeider bij een ziekenfonds wordt behandeld, des te spoediger zal hij weer in het arbeidsproces kunnen worden ingeschakeld. Hiertegen kan opgemerkt worden, dat de ziektewet door middel van zijn controlerende geneesheren een en ander reeds onder ogen ziet. Ook vergete men niet, dat genoemd belang slechts geldt voor die mannen en vrouwen, welke in loondienst zijn. De verzorging van de vrijwillig verzekerden, alsmede van de vrouwen en kinderen der verplicht-verzekerden hebben voor hen geen enkel economisch belang. M.a.w. het aantal fondspatiënten, waarbij het bedrijfsleven in dit opzicht geïnteresseerd is, bedraagt procentsgewijs maar een klein deel van het totaal aantal verzekerden.

Een ander argument, dat men aanvoert voor het zitting nemen van de werkgevers in het ziekenfondsbestuur, is de financiële verhouding tussen bedrijfsleven en ziekenfondswezen. Bij de verplichte verzekering immers wordt een belangrijke bijdrage van de werkgever gevorderd. Niettemin vloeit uit deze financiële verhouding nog niet eo ipso voort, dat het bedrijfsleven nu ook in het bestuur zitting moet hebben. Voor het zakenleven toch is dit slechts van belang, dat het er absoluut van overtuigd kan zijn, dat de gelden nuttig en verantwoord besteed worden. Aangezien de Staat hiervoor tegenwoordig borg is, door een uitgebreid en intensief toezicht, is er o.i. voor het bedrijfsleven geen directe dwingende reden in het ziekenfondsbestuur zitting te nemen, te meer, daar zij de bijdragen niet uit eigen zak betalen, maar natuurlijk verdisconteren in de prijzen van hun producten.

Rest nu de argumentatie van VAN LIENDEN. Het is natuurlijk zonder meer duidelijk, dat het ziekenfondswezen contacten heeft met de Overheid, met het ziekenhuiswezen, met sociale verzekeringsorganen en met het bedrijfsleven.

---

<sup>15)</sup> Vgl. J. A. BERGER: De geschiedenis van het Ziekenfondswezen in Nederland, Vlissingen, z. j.; blz. 106.

Hieruit kan en mag echter niet afgeleid worden, dat afgevaardigden van deze groepen alleen om deze reden zitting in het ziekenfondsbestuur moeten hebben. Immers zij zijn wel allen belanghebbenden, maar hun belangenschap is van geheel andere aard. Zij zijn niet *direct-belanghebbenden*, zij dragen geen rechtstreekse verantwoordelijkheid voor de goede gang van zaken, zij hebben geen persoonlijke band met het ziekenfonds. Anders komt de quaestie te staan, wanneer het er over gaat, op welke wijze het toporgaan van het ziekenfondswezen zal moeten worden samengesteld. En dan is er iets voor te zeggen als men aldaar voor genoemde groepen een plaats zou inruimen. Maar in het bestuur van een ziekenfonds horen zij niet thuis.

Nu wil VAN LIENDEN in het ziekenfondsbestuur niet alle groepen opnemen waarmee het ziekenfondswezen contacten heeft, maar slechts de „Stichting van de Arbeid”. Afgezien van het feit, dat de door hem zo gesmade „pariteit” hier door een achterdeur toch weer binnen wordt gehaald, heeft dit het bezwaar, dat dan één van de hoofdgroepen van belanghebbenden dubbel vertegenwoordigd zou zijn. Immers de Stichting van de Arbeid omvat zowel werkgevers als werknemers en laatstgenoemde categorie zijn eveneens de verzekerden. Een dergelijke dubbele vertegenwoordiging is niet alleen onredelijk, maar ook onbillijk. Om al deze redenen kunnen wij ons met het voorstel van VAN LIENDEN niet verenigen.

Had de Maatschappij van Geneeskunst dus indertijd ongelijk, toen zij bepleitte het opnemen van werkgevers in de ziekenfondsbesturen? Voorzeker niet, maar de quaestie ligt nu geheel anders. Toen immers waren, gelijk gezegd, geneeskundige behandeling en geldelijke uitkering bij ziekte niet gescheiden; toen hadden wij te doen met de ziekwet, waarin de ziekenfondswet als het ware verweven was. En aangezien de werkgevers bij de ziekwet uit de aard der zaak direct belanghebbend zijn, was het volkomen logisch hen een plaats in de besturen der districts-ziekenkassen te geven. Thans evenwel zijn bij ziekte aanspraken op een uitkering in geld en geneeskundige behandeling volkomen gescheiden en daarmee is ook komen te vervallen de destijds door onze Maatschappij gebruikte argumentatie.

In de tweede plaats moet nog de vraag onder ogen gezien worden, of ook de Overheid, b.v. in de persoon van de directeur ener gemeentelijke geneeskundige- en gezondheidsdienst, in het ziekenfondsbestuur dient opgenomen te worden. Om deze vraag goed te beantwoorden is het nodig eerst na te gaan, wat in het algemeen de taak van de Overheid is ten opzichte van het ziekenfondswezen.

Wie geen vreemdeling is in Jeruzalem, dien zal het zonder meer duidelijk zijn, dat de chaos op ziekenfondsgebied nimmer geordend zal worden, indien de Staat niet dwingend optreedt (Ziekenfondswet). Zonder een krachtige ordening van boven af zullen de talrijke misstanden, welke op dit terrein heersen, nooit opgeruimd worden. Evenwel zal anderzijds gewaakt moeten worden tegen een al te grote invloed van de Staat. Staatsgezag moet er wezen en derhalve ook Staatstoezicht, maar geen Staats-albemoeiing, want dan zouden wij van de ene totalitaire staatsvorm in de andere vallen.

Om deze reden zal de Staat „*aanvankelijk dirigerend* (door het aangeven en vastleggen van rechten en plichten van verzekerden en deelnemers in een wet) en *coördinerend* (door concentratie en unificatie der bestaande ziekenfondsen voor te schrijven) moeten optreden, terwijl later de rol van de Staat een *controlerende* (door vertegenwoordiging in het besturende orgaan) en zo nodig een *corrigerende* (door het veto-recht) zal moeten zijn”<sup>16)</sup>.

Voor de Overheid is derhalve op het gebied van het ziekenfondswezen wel een belangrijke taak weggelegd, maar haar bevoegdheid zal slechts een ordenende en regelende dienen te zijn. Om deze redenen is het niet noodzakelijk, noch gewenst, dat ook de Overheid in het bestuur van een ziekenfonds zitting neemt.

<sup>16)</sup> Rapport commissie-SNELLEN, blz. 8.

De autonomie der ziekenfondsen blijve zo groot mogelijk, willen wij niet de kans lopen van „ambtenarij” en verstarring van het ziekenfondswezen, hetgeen de waarborgen mist van een ten volle deskundig en efficiënt beheer.

De conclusie uit het bovenstaande te trekken is dus geen andere dan dat een ziekenfondsbestuur enkel en alleen dient samengesteld te worden uit de beide hoofdgroepen van belanghebbenden, te weten de verzekerden en de medewerkers. Rest ons nog te bespreken de quaestie van de verhouding dezer beide groepen, alsmede de vraag, welke categorieën van medewerkers in het ziekenfondsbestuur een plaats dienen te hebben.

Eerstgenoemde quaestie, zo lange tijd een bron van strijd, is tegenwoordig geen twistappel meer, aangezien men algemeen het beginsel der pariteit aanvaard heeft. Een gelijk aantal verzekerden en medewerkers in het bestuur is niet alleen logisch en redelijk, maar geeft ook de beste waarborgen voor een goed functioneren van het bestuursapparaat. NIEUWENHUYZEN<sup>17)</sup> heeft er nog onlangs op gewezen, dat de beide groepen, die belang hebben bij een goede geneeskundige verzorging, dus bij een juiste verhouding arts-patient gelijkwaardig vertegenwoordigd moeten zijn.

Laatstgenoemde vraag spitst zich toe op de quaestie of ook een vroedvrouw tot de medewerkers gerekend dient te worden. BLANKSMA en VAN DER MANDELE<sup>18)</sup> beantwoorden deze vraag ontkennend<sup>19)</sup>. Zij rekenen namelijk de vroedvrouwen tot de z.g.n. „paramedische” beroepen (wijkverpleegsters, masseurs, heilgymnasten, tandtechnici, analysten en dergelijke personen) en aangezien deze beroepen terecht niet in het bestuur van een ziekenfonds worden opgenomen, vallen ook de vroedvrouwen er buiten.

Het wil ons voorkomen, dat deze beschouwing onjuist is. De vroedvrouwen zijn geen hulpkrachten der geneeskundigen, maar oefenen wel degelijk de geneeskunde uit, zij het dan niet in volle omvang, maar slechts een bepaald onderdeel. Zij staan in dit opzicht op één lijn met de tandartsen, die ook slechts een bepaald onderdeel van de geneeskunde uitoefenen. Als men derhalve de tandartsen tot de medewerkers wil rekenen, moet men het evenzo de vroedvrouwen doen.

Iets anders is evenwel de vraag of nu in elk bestuur van een ziekenfonds persé een tandarts en een vroedvrouw dient te zitten. Het wil ons voorkomen, dat dit niet noodzakelijk is. In grote steden of in ziekenfondsen met een uitgestrekt rayon is hiervoor wel iets te zeggen, maar overigens late men dit afhangen van plaatselijke omstandigheden. Artsen (en apothekers) mogen echter in het bestuur van een ziekenfonds nimmer ontbreken, daar zij, gelijk JANSMA<sup>20)</sup> indertijd zo juist opmerkte, toch eigenlijk de enigen zijn, die de fondsbelangen in de volle omvang kunnen overzien en in deze materie geheel deskundig zijn.

Dordrecht, 9 Februari 1948.

---

<sup>17)</sup> F. C. NIEUWENHUYZEN: Jaarwisseling en Ziekenfondswijziging. De Ziekenfondsgids, Januari 1948, blz. 4.

<sup>18)</sup> I.c., blz. 110.

<sup>19)</sup> VAN LIENDEN blijkbaar eveneens.

<sup>20)</sup> M. A. J. JANSMA: De ziekenfondsverhoudingen en de wensen der geneeskundigen ten opzichte van de ziekenfondswet. Maandblad van de Ned. Vereeniging van huisartsen, Juli 1934, blz. 12.



# ONDERWIJS EN WETENSCHAP

## DE ARTSENCURSUS,

door Dr. J. H. F. LAHR.

Met grote instemming las ik het stuk van collega VAN VALKENBURG in het Medisch Contact van 28 Januari j.l..

Inderdaad, de steeds toenemende snelheid in ontwikkeling van de medische wetenschap, waaruit voortvloeit een snelle verandering van onze inzichten, methoden en mogelijkheden, brengt het probleem steeds duidelijker naar voren, hoe de arts, naast zijn praktijk, op de hoogte moet blijven, althans van de voor hem meest belangrijke vorderingen.

Voor de specialist is dit probleem iets minder moeilijk dan voor de huisarts: allereerst kan hij zich grotendeels beperken tot de literatuur van zijn eigen specialisme, hoewel zelfs de literatuur uitsluitend op een specialisme betrekking hebbende, in het algemeen reeds te omvangrijk is voor de enkeling. Daarnaast echter hebben de specialisten in hun specialistenverenigingen de gelegenheid van gedachten te wisselen over de vorderingen op hun gebied.

De huisarts zal zijn kennis trachten bij te houden door het lezen van een of meer grote algemene tijdschriften. Daarnaast zijn de specialistische consulten zeer dikwijls een goede gelegenheid recente vorderingen der medische wetenschap deelachtig te worden.

Bovengenoemde methoden zijn echter m.i. niet voldoende om iedere huisarts volledig en tijdig van alle vorderingen op zijn gebied op de hoogte te houden. Wetenschappelijke huisartsenverenigingen ontbreken bovendien geheel.

Wil onze medische verzorging up to date blijven en gelijke tred blijven houden met de ontwikkeling in de medische wetenschap, dan moeten echter niet alleen de specialisten, maar ook de huisartsen up to date zijn en blijven. Hiertoe is de artsencursus onmisbaar.

Over het nut en zelfs de noodzakelijkheid van artsencursussen is iedereen het eens. Te betreurenswaardiger is het daarom, dat in Nederland vele huisartsen niet de gelegenheid hebben geregeld een artsencursus te volgen, omdat deze in hun omgeving niet worden gegeven, terwijl bovendien de bestaande artsencursussen dikwijls voor de huisartsen nog veel te wensen overlaten.

Het komt mij voor, dat een goede organisatie van de artsencursussen voor de medische verzorging van ons volk zeker niet van minder belang is dan de opleiding tot arts.

Aan zo'n goede organisatie van artsencursussen zal men nu de volgende eisen kunnen stellen:

- 1e. dat alle artsen, ook in de peripherie, in de gelegenheid worden gesteld zonder al te veel moeite een artsencursus te volgen;
- 2e. dat deze artsencursussen goed worden voorbereid, dat van te voren de leerstof goed wordt overwogen en uitgezocht;
- 3e. dat vertegenwoordigers van *alle specialismen* bij het samenstellen van de te doceren stof worden geraadpleegd (vele nieuwe methoden kunnen vaak eerst dan goed tot ontwikkeling komen, wanneer een subspecialist er zich geheel aan gaat wijden).

Voor de practische uitwerking van bovengenoemde desiderata zou ons land dus moeten worden verdeeld in districten, waar artsencursussen kunnen worden gegeven door de aldaar gevestigde specialisten.

Voorts zou een permanente commissie kunnen worden gevormd, bestaande uit vertegenwoordigers van *alle* specialismen. Deze commissie zou jaarlijks de

te behandelen stof moeten samenstellen, doen drukken en aan de artsen rondzenden.

Aan de hand van deze, dus jaarlijks nieuwe en van te voren goed voorbereide stof, zouden de specialisten der bovengenoemde districten hun artsen-cursussen kunnen geven.

De theoretische stof zou b.v. kunnen omvatten:

- 1e. nieuwe diagnostische hulpmiddelen, symptomen, behandelingsmethoden en therapeutica, die in het afgelopen jaar ingang hebben gevonden en voor zover deze door de huisarts kunnen worden toegepast;
- 2e. nieuwe specialistische behandelingsmethoden, in het kort besproken; in verband hiermede een uitvoeriger uiteenzetting, hoe en welke patienten de huisarts moet zoeken, die op deze nieuwe specialistische wijze kunnen worden geholpen;
- 3e. zo mogelijk beschouwingen, eventueel gepaard aan demonstraties, naar aanleiding van de meest voorgekomen fouten door huisartsen in het afgelopen jaar gemaakt.

Naast deze theoretische lessen zullen *korte* patientendemonstraties moeten worden gegeven, zoveel mogelijk van patienten in een stadium, waarin iedere huisarts ze kan tegenkomen, liefst dus vroege stadia der verschillende ziektebeelden. Daar het aantal „diagnosen”, dat de huisarts per jaar ziet, betrekkelijk klein is en hij vele ziekten slechts zeer sporadisch ziet, zijn dergelijke demonstraties voor de huisarts absoluut noodzakelijk om zijn geheugen wakker te houden.

Nu het steeds duidelijker wordt, dat voor een behoorlijke medische verzorging van ons volk de opleiding tot arts alleen niet meer voldoende is en dus een voortgezet onderwijs onontbeerlijk wordt, is het te hopen, dat de Medische Faculteiten in samenwerking met de Maatschappij zo spoedig mogelijk tot een grondige oplossing van dit belangrijke vraagstuk zullen komen.

De vooruitgang der medische wetenschap en de vorming van nieuwe specialismen zouden veel van hun nuttig effect verliezen, wanneer niet tegelijkertijd de praktiserende artsen in staat worden gehouden aan al het nieuwe op doeltreffende wijze mede te blijven werken.

Leiden, 12 Februari 1948.

## SOCIALE GENEESKUNDE

### DE BETEKENIS VAN DE BEDRIJFSKEURINGEN.

### EEN ORGANISATIEPLAN TOT BEVORDERING VAN DE EENHEID VAN OPVATTING BIJ DE BEDRIJFSKEURINGEN.

Rapport uitgebracht door de werkcommissie van de Sectie voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde van de Algemeene Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde.

(Overgenomen uit het „Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde” van 6 Febr. 1948).

De bedrijfskeuring<sup>1)</sup> dient in de eerste plaats de personeelselectie; dit zij vooropgesteld. Doch de plaats, die de bedrijfskeuringen innemen in het kader

<sup>1)</sup> Het woord „bedrijfskeuringen” is taalkundig geen juiste benaming voor geneeskundige keuringen in bedrijven; de term is echter tezamen met enkele soortgelijke woorden, zoals militiekeuring en sportkeuring, reeds ingeburgerd en zal geen aanleiding tot misverstand geven.

van de zorg voor de volksgezondheid, wordt nog te dikwijls miskend. Al te vaak legt men het accent op de teleurstelling, die een afkeuring de candidaat berokkent, en op de remmende invloed, die zijn carrière van een afkeuring kan ondervinden. Bij een dergelijke beschouwingwijze ziet men de afgekeurden veelal als slachtoffers van al te hoog opgeschroefde keuringseisen, welke slachtoffers dan door de afkeuring ten onrechte tot minderwaardigen worden gestempeld. Daarbij wordt o.m. over het hoofd gezien, welk een belangrijke bijdrage tot de volksgezondheidszorg wordt geleverd, wanneer jaarlijks tienduizenden mensen kosteloos worden onderzocht.

De grote betekenis hiervan kan met enkele cijfers worden geïllustreerd. Bij een der grote Nederlandse bedrijven werd op 100.000 keuringen bij 0,3 % der kandidaten een actieve tuberculose gevonden en bij 1,5 % een dubieus actieve (van deze laatste groep werd 60 % toch aangenomen). De kandidaten waren zich van het bestaan dezer afwijkingen allerminst bewust. Men kan nu gemakkelijk een globale schatting maken, bij hoeveel subjectief gezonde tuberculosepatienten telken jare erger wordt voorkomen, doordat hun ziekte bij de bedrijfskeuring wordt ontdekt. Hierbij moet zeker ook gedacht worden aan de gevaren, die de gemeenschap bedreigen van de kant van deze schijnbaar gezonde, doch niet zelden besmettelijke tuberculose-lijders, welke gevaren nu, dank zij een tijdige ontdekking en doeltreffende isolatie, kunnen worden beperkt.

De positieve waarde van de bedrijfskeuring is met deze belangrijke bijdrage tot de volksgezondheid geenszins uitgeput, hetgeen blijkt, wanneer men de bedoeling van de bedrijfskeuring nader beschouwt. In het „Rapport betreffende de Bedrijfsgeneeskunde in Nederland”, samengesteld door de Werkcommissie van de Sectie voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde van de A.N.V.v.S.G. en verschenen in 1947<sup>2)</sup>, vindt men daarover (blz. 13):

„Het doel van deze keuring dient te zijn: Het brengen van de juiste man op de juiste plaats, m.a.w. men moet trachten de toestand te benaderen, waarbij de mens zijn optimale prestatie kan ontwikkelen. Deze doelstelling van de keuring is dus positief . . .”

De bedrijfskeuring omvat dus de beoordeling van de fysieke en psychische kwaliteiten van de candidaat, hetzij in verband met de taak, die de candidaat na indiensttreding wacht, hetzij om te kunnen aangeven voor welke werkzaamheden binnen het bedrijf de candidaat krachtens zijn fysieke en psychische habitus het meest geschikt is.

Het eerste doet zich voor bij de keuring van personen met een bepaalde opleiding: vaklieden zoals bankwerkers, glasblazers, electriciëns. Bij deze categorie is een blijvende afkeuring relatief zeldzaam, daar de grondige opleiding, die de kandidaten reeds achter de rug hebben, tevens een selectie is geweest<sup>3)</sup>.

De tweede werkwijze, waarbij dus de keuringsarts aangeeft voor welk type werkzaamheden hij op grond van zijn onderzoek de candidaat het meest geschikt acht, heeft een veel grotere praktische betekenis. Het betreft hier vooral de grote groep der ongeschoolden, die in de aard der verschillende werkzaamheden dikwijls even weinig inzicht hebben als in hun eigen capaciteiten en bij hun sollicitatie bereid zijn binnen zeer ruime grenzen elke taak te aanvaarden. Het behoeft wel geen nadere toelichting, dat elke fout, die bij de plaatsing van deze kandidaten

---

<sup>2)</sup> Verschenen als No. 2 in de Serie van mededelingen op het gebied der Volksgezondheid (verkrijgbaar bij de Drukkerij Fa. W. GAADE, Verversdijk 6-8, Delft — giro 13250 — en in de boekhandel voor f 1.50).

<sup>3)</sup> De gevallen van blijvende afkeuring in deze groep van geschoolde arbeiders vinden niet zelden hun oorzaak in het feit, dat de voor de toelating tot de ambachtsscholen vereiste verklaring van lichamelijke geschiktheid door de huisarts werd afgegeven zonder een voorafgaande kritische beoordeling van de lichamelijke capaciteiten van de aspirantscholar in hun verhouding tot de eisen van het gekozen ambacht.

wordt gemaakt, zich na kortere of langere tijd wreekt, en wel vooral ten nadele van de arbeider, die geen plezier heeft in het werk, dat hem niet ligt en waarin hij ten hoogste een middelmatige prestatie kan leveren. Op de duur zijn conflicten, zowel thuis als in het bedrijf, onvermijdelijk. Elke psychiater kent de moeilijke patienten, wier psychische stoornissen door een wanverhouding tussen de eisen van het werk en de capaciteiten van de arbeider zijn ontstaan of begunstigd. De bedrijfsarts, die de eisen, welke het bedrijf aan de arbeiders stelt, kent en die bovendien op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur dagelijks zijn inzicht en ervaring kan vergroten, is de aangewezen man om reeds bij de indiensttreding te adviseren omtrent de soort van arbeid, die de candidaat het best zal liggen, d.w.z. het werk, waarbij hij de meeste arbeidsvreugde zal vinden en waarin hij de beste prestatie zal leveren; dit laatste ten voordele van de arbeider (stukloon, promotie), van het bedrijf en van de gehele gemeenschap.

Beschouwt men nu die zijde van de bedrijfskeuringen, welke steeds het aangrijpingspunt is van de critiek: de afkeuringen, dan volgt uit het bovenstaande, dat een candidaat moet worden afgekeurd, wanneer hij niet voldoet aan de fysieke en psychische eisen, die, hetzij voor de begeerde functie, hetzij voor enige andere passende vacature, in het bedrijf worden gesteld. De afkeuring heeft dus steeds een relatief karakter en betekent geenszins, dat in een ander bedrijf geen vacatures zijn, waarvoor de candidaat kan worden goedgekeurd. Voorts volgt uit het hierboven beschreven wezen van de bedrijfskeuring, dat de candidaten, die veelal als onvolwaardigen worden beschouwd (geamputeerden, verminkten, blinden), worden goedgekeurd, wanneer de toekomstige functie geen te hoge eisen stelt of bijzondere gevaren meebrengt. Het aantal van deze „onvolwaardigen”, die na de bedrijfskeuring in het arbeidsproces zijn opgenomen en in een met zorg gekozen functie een behoorlijke of zelfs volwaardige prestatie leveren, moet niet worden onderschat. Echter mag nooit uit het oog worden verloren, dat het voor de „onvolwaardige” arbeider een zeer groot psychisch letsel is, wanneer hij achteraf ervaart, dat uit misplaatst medelijden voor hem een „baantje” is gecreëerd, waarin hij geen productieve arbeid verricht, zodat hij slechts „genadebrood” eet. Bij de toepassing van de Wet plaatsing mindervalide arbeidskrachten zij men zich van dit gevaar terdege bewust.

Het tekort aan lichamelijke of geestelijke capaciteiten, dat aan een afkeuring ten grondslag ligt, kan zijn:

1e. een afwijking van blijvende aard: een aangeboren of verworven gebrek, een constitutionele insufficiëntie, een onafwendbaar progressieve ziekte;

2e. een afwijking, die bij een juiste behandeling waarschijnlijk na kortere of langere tijd zal genezen of althans zover zal herstellen, dat zij geen reden tot afkeuring meer zal zijn. De grote sociaal-geneeskundige betekenis van het ontdekken dezer afwijkingen, die meestal aan de candidaat onbekend zijn, is hierboven reeds genoemd. Het is echter begrijpelijk, dat de candidaat, die subjectief gezond ter keuring gaat en er afgekeurd en objectief ziek weer vandaan komt, geneigd is in de keuring de oorzaak van zijn tegenslag te zien; de mens zoekt deze graag buiten zich zelf.

Een bepaalde categorie, die met de voorgaande nauw verwant is, vormen die candidaten, welke te voren een ziekte hebben doorgemaakt, waarvan bekend is, dat zij dikwijls recidiveert of verergert. Wanneer een dergelijke candidaat wordt afgekeurd, wordt dit veelal toegeschreven aan een te hoog verzekeringsrisico. Dit risico zou praevaleren, ook wanneer de candidaat overigens bijzonder geschikt zou zijn voor de begeerde functie. Men zou hierbij ook nog kunnen aanvoeren de economische consequenties, die het bedrijf als zodanig van langdurig of frequent ziekte-verzuim ondervindt; immers: valt een werknemer uit,

dan zijn allerlei verschuivingen nodig om zijn plaats weer te vervullen, zodat verschillende werknemers zich eerst weer in hun nieuwe functie moeten inwerken met als gevolg geringere arbeidsprestatie zowel quantitatief als kwalitatief. Niet zelden is deze schade in geld uitgedrukt groter dan de uitkeringen, die de patient krachtens de sociale verzekeringen worden verstrekt.

Voor deze kandidaten, die — naar men meent — uitsluitend worden afgekeurd wegens het verzekeringsrisico (o.m. voor de pensioenfondsen), is er op het eerste gezicht alle aanleiding tot teleurstelling en wrevel. De candidaat heeft weliswaar „wat” gehad, maar hij „mag weer werken”. De vaak langdurige of remitterende ziekte heeft hem reeds de nodige psychische en economische beproevingen opgelegd en hij is verheugd weer te mogen beginnen. Ook de keuringsarts vindt dikwijls niet veel meer dan enkele nog overgebleven afwijkingen en toch wordt de candidaat afgekeurd vanwege het risico. Het is begrijpelijk, dat deze afgekeurde door zichzelf en door anderen graag wordt gezien als het slachtoffer van al te hoog opgeschroefde keuringseisen.

Hiertegenover dient men echter te bedenken, dat dergelijke kandidaten bij hun sollicitatie niet alleen hun vaak nog zeer beperkte werkkraft aanbieden, doch tevens de verplichting tot dekking van een bijzonder groot bedrijfs- en verzekeringsrisico. Het is dan toch niet verwonderlijk, dat een werkgever bij vrije keuze op de arbeidsmarkt de voorkeur geeft aan een candidaat met normale werkkraft en normaal risico. Niemand neemt gaarne een secretaresse in dienst, die wellicht de helft van de tijd ziek zal zijn, hoe voortreffelijk haar intellectuele capaciteiten overigens ook mogen zijn. Elke lezer kan bij zich zelf te rade gaan, of ook hij niet personeel met een normaal ziekterisico prefereert. Bovendien, waarom zou men wel zijn personeel mogen selecteren op voorkomen, goede manieren enz. en niet op het verzuimrisico.

Hierbij doet zich — vooral voor de grotere bedrijven — nog de volgende overweging gelden. Ten aanzien van het aanbod van werkkraften bestaat er tussen de verschillende bedrijven een zeker evenwicht, waarvan de plaats mede wordt bepaald door het al of niet toepassen van een bedrijfskeuring en door de eisen, die daarbij worden gesteld. Worden nu bij een enkel bedrijf de keuringseisen verlaagd, dan zal een groter aanbod van beperkt validen en ziekelijken daarvan het gevolg zijn. Lage keuringseisen trekken selectief dergelijke niet-volwaardige, en dus dure arbeidskrachten aan. Het ligt voor de hand, dat geen enkel bedrijf er veel voor voelt zichzelf op deze wijze te benadelen.

Voorts moet men bedenken, dat een financieel risico voor ziekenkas of pensioenfonds slechts dan bestaat, wanneer er voor de verzekerde een nog belangrijker risico aanwezig is, n.l. het risico van ziekte of invaliditeit. Dit wordt nog te dikwijls uit het oog verloren. De keuringsarts heeft zich echter steeds af te vragen of bij de labiele constitutie van de pas herstelde patient het werken in de moderne industrie het risico van ziekte en invaliditeit niet vergroot. Bij verscheidene ziekten zal hij deze vraag bevestigend moeten beantwoorden. Een toegeeflijk keuringsarts zal zich niet kunnen vrijpleiten, wanneer kort na een vroegtijdige goedkeuring een recidief de werknemer weer voor langere tijd te bed doet liggen. Dat de meningen van de behandelende arts en de keuringsarts in dergelijke gevallen soms verschillen, behoeft geen verwondering te wekken. Beiden moeten de voor- en nadelen van de werkhervatting tegen elkaar afwegen, waarbij aan de kant der voordelen naast de economische ook de psychische factoren in de schaal worden gelegd. De behandelende medicus kent echter in het algemeen minder goed de eisen, die de moderne industrie aan de werknemers stelt. Bovendien denkt hij al te gauw, dat er in een groot bedrijf voor zijn patient toch wel een gemakkelijk baantje te vinden zal zijn. Weinig medici, en zeker geen bedrijfsarts zal ontkennen, dat gedoseerde arbeid in bepaalde gevallen nuttig kan zijn voor het lichamelijk en geestelijk herstel, doch het moderne bedrijf is

geen instituut voor arbeidstherapie, waar dit medicament individueel gedoseerd kan worden. Zeker, er zijn gemakkelijke en toch nuttige functies, doch haar aantal is veelal reeds onvoldoende om het eigen personeel, dat tijdelijk of blijvend licht werk behoeft, hieraan te helpen.

In dit verband moet nog een vraag gesteld worden, die dikwijls achterwege blijft: wat was de positie der pas herstelde kandidaten toen zij ziek werden? Wanneer zij toen in loondienst waren, ligt het dan niet op de weg van hun toenmalige werkgever om behulpzaam te zijn bij hun terugkeer in het arbeidsproces? Het is bekend, dat vele werkgevers deze oud-patienten liever niet in hun bedrijf terugzien, waarbij dan vaak wordt aangevoerd, dat zij voor hun oude werk niet meer geschikt zouden zijn. Ook vele pas herstelde werknemers willen niet naar hun vroegere bedrijf terugkeren, omdat zij — terecht of ten onrechte — menen, dat hun ziekte in verband met het werk aldaar is ontstaan. In geen van deze gevallen kan men echter goede argumenten aanvoeren, dat een ander bedrijf nu, de uit deze ziekte voortvloeiende bijzondere risico's moet overnemen.

De Wet plaatsing minder-valide arbeidskrachten draagt voor deze categorie van werkzoekenden de verantwoordelijkheid voor de toelating tot de bedrijven over van de bedrijfsartsen aan de Gewestelijke Arbeidsbureaux. In hoeverre hiermede het beoogde doel wordt gediend, hangt in hoge mate af van de samenstelling der Commissies van Advies bij deze bureaux; een deskundige bedrijfsarts, die desgewenst specialistisch advies kan vragen, zal hierin niet gemist kunnen worden.

Het is moeilijk nu reeds aan te geven, welke van de afgekeurde kandidaten wel, en welke niet onder de bepalingen van deze wet zullen vallen, daar het begrip minder valide hierin slechts vaag wordt omschreven als „in aanmerkelijke mate beperkt in de mogelijkheid om door arbeid in hun levensonderhoud te voorzien” (art. 1). Alvorens toch een prognose te wagen, moge nog een korte recapitulatie gegeven worden van de redenen, die aan een afkeuring ten grondslag kunnen liggen:

1. de fysieke en psychische eisen, verbonden aan de vacante functies, zijn te hoog tegenover de lichamelijke en geestelijke capaciteiten van de kandidaat;
2. de gezondheidstoestand van de kandidaat levert een te groot bedrijfsrisico op wegens frequent ziek zijn of dreigende invaliditeit, zonder dat de kans op ziek zijn of invaliditeit door het werken wordt vergroot;
  - a. door een insufficiënte lichamelijke of geestelijke constitutie; door een blijvende afwijking of ongeneeslijke ziekte;
  - b. door een waarschijnlijk tijdelijke en kortdurende afwijking;
  - c. door een mogelijke tijdelijke, doch in elk geval langdurige afwijking, wanneer door het werken de genezing dezer afwijkingen ongunstig wordt beïnvloed; hiertoe behoort ook het reconvalescentiestadium na een ziekte met kans op recidief of verergering, wanneer door het werken deze kans wordt vergroot.

Het spreekt vanzelf, dat er tussen deze categorieën en met name tussen 1c en 2 grensgevallen zullen voorkomen.

Ten aanzien van de vraag, welke van deze groepen afgekeurden onder de bepalingen van de Wet plaatsing minder-valide arbeidskrachten zullen vallen, kan nu het volgende worden opgemerkt:

Groep 1a. Ten dele zullen deze afgekeurden wel als minder valide in de zin der wet kunnen worden beschouwd, wanneer de kandidaat herhaaldelijk en met name ook bij de lichte industrie is afgekeurd.

Groep 1b. Deze categorie geeft weinig moeilijkheden; na herstel zal de candidaat waarschijnlijk wel worden goedgekeurd.

Groep 1c. Het zou onverantwoordelijk zijn om voor deze categorie, bij welke het verrichten van arbeid of het verloop der ziekte ongunstig beïnvloedt, of de kans op recidief vergroot, met behulp van de wet de toegang tot het bedrijf te forceren. Het streven naar arbeidsvreugde ook voor de beperkt valide mag nooit diens gezondheid in de waagschaal stellen. Elke bedlegerige patient is minder valide in de zin van „in aanmerkelijke mate beperkt in de mogelijkheid om door arbeid in zijn levensonderhoud te voorzien”, doch op voor de hand liggende gronden zal niemand hem — zo hij dat wilde — toestaan te werken. Dezelfde motieven gelden voor de gehele categorie 1c.

Groep 2. Hoewel deze groep de steun van overheidswege zeker van node kan hebben, valt zij in de regel niet onder de bepalingen der wet, omdat deze candidaten op het ogenblik van afkeuring niet minder valide zijn. Voor een gedeelte van deze groep zou dit bezwaar ondervangen zijn, wanneer bepaald werd, dat een intermitterende volledige arbeidsongeschiktheid gelijk te stellen is met een voortdurende gedeeltelijke invaliditeit (voor de toekenning van een blijvende rente krachtens de O.W. is een dergelijke gelijkstelling soms toegepast en ook door de Centrale Raad van Beroep gesanctionneerd).

Gezien het bovenstaande is het wel duidelijk, dat de beslissing goed- of afkeuren wel zeer belangrijk, doch niet steeds gemakkelijk, is. Het persoonlijk oordeel van de keuringsarts speelt hierbij onvermijdelijk een rol. Reeds enige tijd werd in de kring der bedrijfsgeneeskundigen de wenselijkheid gevoeld van een streven naar een zo groot mogelijke eenheid van opvatting omtrent de bedrijfskeuringen, zowel wat betreft het systeem (het keuringsschema), als op het punt van de uiteindelijke beoordeling. De Wet plaatsing minder-valide arbeidskrachten heeft deze wenselijkheid nog weer geaccentueerd. De werkcommissie stelt als eerste stap in deze richting de volgende maatregelen voor:

Er worde in het leven geroepen een Studie- en Advies Commissie inzake bedrijfskeuringen (S.A.C.B.), die de volgende taak zal hebben:

1. de S.A.C.B. verzamelt gegevens omtrent de motieven, die in de praktijk der bedrijfsgeneeskundige keuring tot afkeuring leiden;
2. de S.A.C.B. blijft bij voortduring streven naar een zo groot mogelijke eenheid van opvatting bij de bedrijfskeuring en dient zonodig bij de daarvoor in aanmerking komende instanties desbetreffende voorstellen in;
3. de S.A.C.B. zal — desgewenst in samenwerking met andere organisaties op dit gebied — het probleem bestuderen van die werkzoekenden, die telkens worden afgekeurd en toch niet vallen onder de bepalingen van de Wet plaatsing minder-valide arbeidskrachten;
4. de S.A.C.B. geeft de keuringsartsen op hun verzoek advies inzake moeilijke keuringsbeslissingen;
5. de S.A.C.B. geeft aan de artsen, die deel uitmaken van de Advies-Commissies bij de Gewestelijke Arbeidsbureaux, op hun verzoek advies inzake moeilijke geneeskundige problemen met betrekking tot de toepassing van de Wet plaatsing minder-valide arbeidskrachten.

Deze Studie- en Advies-Commissie zal dus zijn een vraagbaak voor alle medici, die betrokken zijn bij de bedrijfskeuringen en bij de plaatsing van minder-valide arbeidskrachten ingevolge de wet. Het zal aan de eenheid bij de bedrijfskeuringen reeds in hoge mate ten goede komen, wanneer de keuringsartsen bij

twijfelgevallen de kwestie aan de S.A.C.B. voorleggen. De Sectie voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde heeft zich in haar Maart-vergadering (1947) reeds voor een dergelijke gang van zaken uitgesproken.

De werkcommissie is van oordeel, dat de bedrijfsartsen, die allen uit hoofde van hun functie adviseurs zijn van hun directies, niet de bevoegdheid hebben om een beroepsinstantie voor bedrijfskeuringen in te stellen, wier uitspraken bindend zouden moeten zijn voor de directies. De werkcommissie is echter wel van mening, dat door de medewerking der bedrijfsartsen, ook een centraal orgaan met slechts adviserende taak de eenheid van opvatting bij de bedrijfskeuring zeer zal kunnen bevorderen.

Ten aanzien van punt 1 stelt de werkcommissie zich voor, dat aan de keuringsartsen wordt verzocht periodiek aan de S.A.C.B. op te geven:

- a. het absolute aantal en het percentage der afgekeurden in een bepaald tijdvak;
- b. de redenen, die tot afkeuring hebben geleid, geclassificeerd in de hierboven genoemde categorieën 1a, 1b, 1c en 2;
- c. de diagnose van de afwijkingen, die aanleiding waren tot de afkeuring.

Op deze wijze zal de S.A.C.B. weldra beschikken over belangrijke quantitative gegevens en bovendien over aanwijzingen, in hoeverre de persoonlijke inzichten der verschillende keuringsartsen divergeren; zij zal zonodig kunnen trachten deze inzichten nader tot elkaar te brengen.

Deze mededeling is het resultaat van een uitvoerige discussie in de werkcommissie. Zij heeft echter niet de pretentie de mening van alle leden der Sectie voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde weer te geven. De werkcommissie bedoelt juist langs deze weg haar opvatting ter kennis van alle belangstellenden te brengen.

Werkcommissie van de Sectie  
voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.

---

## BEROEPSBELANGEN

### NOG ÉÉNMAAL HUISARTS.

door J. P. SCHILT, arts te Amsterdam.

Aan de reeks ontboezemingen omtrent de verhouding van huisarts tot specialist, de afbreuk van de huisartspraktijk door het specialisme, de uitholling van de huisartspraktijk, of hoe men dit verder betitelen moge, zij het mij vergund nog een toe te voegen, die m.i. recht heeft op een plaats in Med. Contact, omdat zij afwijkt van alle vorige, vooral van die van collega VAN ESSO.

Mijn opvatting is gegrond op een ruim 43-jarige ervaring, waardoor ik recht meen te hebben mede te mogen spreken en mijn oordeel te mogen geven.

Toen ik begon, waren de hoge hoed, de gekleede jas en de wandelstok aan het verdwijnen. Thans zijn wij naar het uiterlijk gewone menschen, alleen te onderkennen aan het aesculaapteeken op onze auto of fiets. Maar gebleven is de huisarts, ondanks het opgekomen specialisme en door dit in zijn besten vorm; want juist door het zich steeds meer differentieeren van het specialisme moet de huisarts zich in zijn besten vorm toonen om in aanzien te blijven. Alleen door een goed huisarts te zijn behoudt hij zijn zelfrespect en het respect van zijn collega's specialisten.



Hierdoor alleen is een goede en vruchtbare samenwerking mogelijk.

Niet alleen de mopperaars onder ons, maar wij allen moeten ons er van bewust zijn, dat er samenwerking moet zijn. Door de hooge ontwikkeling van de geneeskunde kan de huisarts niet meer alleen staan, zoo min als de specialist de hulp van den huisarts kan onthouden. De huisarts kan niet alles weten, nog veel minder in de uitoefening van de geneeskunst het geheele terrein beheerschen. Soms (dikwijls?) heeft hij de voorlichting noodig van den specialist, die weer zeer gebaat is met een zorgvuldig opgenomen anamnese en het rapport van een vooronderzoek hem door den huisarts verstrekt.

De specialist zal, als het mogelijk is, na aanvulling of bevestiging van de diagnose, de behandeling aan den huisarts overlaten of die verder op zich nemen als dit niet „des huisarts” is.

Eerder sprak ik van een goeden huisarts.

Huisarts is hij of zij, die, na volbrachte studie, het specialisme huisarts kiest en zich als zoodanig vestigt. Ja, huisarts een specialisme, zoo goed als de andere, een specialisme, dat aan den arts, die het beoefent, de hoogste eischen stelt. Hij toch moet het geheele terrein der geneeskunde overzien, zich telkenmale anders instellen. Veelal is hij internist, maar hoevele malen betreedt hij het terrein der specialisten voor onderzoek of eenvoudige ingrepen. Nauwkeurig moet hij afwegen hoever hij gaan mag en gaan kan (dit laatste is zeer individueel) en hoe dankbaar is dan de patient, dat de „eigen dokter” de hulp heeft verleend!

Enkele gevallen uit de talloos vele:

Een man, die in den loop der tijden vele malen een chalazeon had. Het eerste verwijderde ik, het tweede de oogarts (in een andere stad tijdens vacantie), alle volgende moest ik verwijderen, „omdat ik het zoo prettig deed, zoo volkomen pijnloos”.

Bij een barende geroepen door de vroedvrouw, vind ik: Aa. k. a. Scanzoni en het kind wordt vlot geboren. Welk een dankbaarheid van de moeder en welk een voldoening voor mij zelf!

's Avonds geroepen bij een oude juffrouw, „omdat zij zoo'n erge hoofdpijn heeft van de griep”. Ik ondervraag nader, vertrouw de zaak niet, onderzoek en vermoed acuut glaucoom. Ik doe haar uit bed komen, zich aankleeden en rijdt met haar naar den oogarts, die de diagnose bevestigt, zich in verbinding stelt met den G.G.D., die haar onmiddellijk opname verschaft. Het vrouwtje weer in de auto en haar naar de oogheelkundige kliniek gebracht. Groot succes. (Herinnert gij het U nog, collega WIBAUT?).

Midden in den nacht: Dokter, wij weten ons geen raad meer. Ons kindje schreeuwt maar steeds. Zoudt U misschien even willen komen? . . . . Beiderzijds otitis med. ac. Paracentese nog niet noodig, druppeltjes, de noodige raadgevingen, ouders gerust, tevreden, dankbaar. En ik, thuis gekomen, slaap spoedig weer tevreden in, dankbaar, dat ik in dubbelen zin heb mogen helpen en het kind, en de ouders. Enz. enz.

Waarmede ik maar wil aantonen hoe mooi het specialisme „huisarts” is, als men zich volkomen geven kan en geven wil. Te allen tijde bereid zijn, steeds goed gehumeurd, nooit boos als men „voor niets” geroepen is. Bij den zieke of zijn omgeving leeft de vrees; aan den dokter is het oordeel.

Maar ook dan alleen heeft het specialisme „huisarts” recht van bestaan.

Nu wordt het specialisme in algemeenen zin er van beschuldigd ons bestaan „uit te hollen”. Maar . . . aan wien de schuld als een patiente, na langen tijd wegens hoofdpijn door haar huisarts behandeld te zijn, langs allerlei wegen bij den gynaecoloog terecht komt, die haar van de hoofdpijn afhelpt door de retroflexia uteri op te heffen?

Aan wien de schuld, dat een jonge vrouw, die een jaar lang tegen haar huisarts geklaagd heeft over vermoeidheid, aan haar gezin wordt teruggegeven,

nadat in het ziekenhuis haar tolerantie was bepaald? Zij werd ontslagen met twee maal daags insuline-injectie. Aan wien de schuld, dat een patient succombeert aan peritonitis, omdat de huisarts eerst na herhaalde verzoeken den patient bezoekt en de appendixperforatie moet constateeren? Enz. enz.

Waarmede ik maar wil zeggen, dat de huisarts steeds op zijn „qui vive” moet zijn met inzet van zijn geheele persoonlijkheid. Dagelijks zal hij zich hebben af te vragen: „kan ik tevreden zijn over mij zelf, of ben ik ergens in te kort geschoten?”

De plichten van den huisarts zijn vele, dikwijls zeer drukkende. In de vervulling van die plichten, welker zwaarte verlicht worden door de toewijding aan onze patienten, ligt onze levensopdracht, onze bevrediging, onze vrede.

Alleen hij, die dit kan onderschrijven, is de goede huisarts. Hij zal geen moeilijkheden ondervinden van het specialisme in ruimeren zin; zijn verhouding tot de specialisten zal de juiste zijn. Zij zullen elkander aanvullen en vriendschappelijk samenwerken. Uitzonderingen blijven altijd en overal en op elk gebied bestaan.

Mijn slotsom is:

Het specialisme „huisarts” heeft gelijk recht van bestaan als elk ander specialisme. Het zal meer waardeering ondervinden naarmate de beoefenaar er van fijner besnaard is en scherper ingesteld op de veel omvattende taak.

Huisarts zijn is: een mooi en dankbaar vak gekozen te hebben, een specialisme met vele schakeeringen.

Aan collega van Esso antwoord ik alleen dit:

De huisarts van honderd jaar geleden behoeft niet in eere hersteld te worden. Hij was er, is er en zal er steeds zijn. Alleen . . . zijn taak is in die honderd jaar zeer veel zwaarder, grooter, maar ook grootscher geworden, dank zij de bevruchtende werking van het specialisme.

Dit zal de huisarts moeten erkennen en ervaren in zijn leven en zijn werken.

Dan is de huisarts een goede huisarts, een specialist in zijn vak.

Amsterdam, 15 Februari 1948.

## SYNTHESE,

door K. J. JAMES, arts te Amstelveen.

Geef mij de hand collega . . . ik ben het volkomen met U eens! Ware dit niet zo, ik zou U daarmede indelen bij de categorie der dwazen, die los weg iets beweren, dat iedere grond van waarheid mist. Evenwel . . . volkomen ben ik het niet met U eens . . . volkomen zijn wij het nooit meer met elkaar eens . . . niet uit een primitief negativisme, maar om de doodeenvoudige reden, dat wij zo belachelijk gespecialiseerd zijn en het leven zo belachelijk gecompliceerd en ingewikkeld hebben gemaakt, dat het voor U, voor mij en voor ieder ander onmogelijk is geworden alle facetten van een probleem te overzien en daarmede om het volkomen met elkaar eens te zijn. Wij hebben de mens gevivisectioneerd en ieder zijn deel toegeworpen . . . wij hebben het leven in partikeltjes uiteen gebroken en zitten nu met de scherven in onze vingers . . . naarstiglijk proberend de stukken weer in elkaar te passen. Bij vele vraagstukken van het leven staan wij niet eens meer tegenover elkaar, maar oreren langs evenwijdige lijnen — als de schuiftrumpetten in een symphonie van BRUCKNER — evenwijdige lijnen, die elkaar zelfs in het hiernamaals niet meer raken en kijken dan stornverbaasd op als wij een echo horen, die niets meer met het oorspronkelijk gesprokene te maken heeft. Iemand, die gelogeerd had in een van de amusementsverblijven, die onze Germaanse vrienden hadden ingericht om lieden van enige importantie

„tegen zichzelf te beschermen”, vertelde mij, dat een aantal hiervan . . . op het moment zelve, dat zij dit lustoord betraden, geestelijk overleden waren. Zij hadden zich zo gespecialiseerd, dat zij bij gebrek aan contact met een gelijkelijk gespecialiseerde, iedere klankbodem misten voor hun interessensfeer en daar buiten had hun de tijd en de lust ontbroken zich te interesseren.

Dit is een probleem op zichzelf, mijn bedoeling echter is het te transponeren op een ander probleem. Ik krijg n.l. soms het gevoel, dat dit ook een rol speelt bij de discussie over het stuntelige voor zijn tijd verouderde huisartsje . . . dat zo zonder égarde in de paskamer van de nieuwe tijd wordt rondgedraaid, teneinde hem zo mogelijk een nieuw costuum (naoorlogse kwaliteit en op punten natuurlijk) aan te meten. Het is een droevig gezicht hem daar te zien staan . . . met een kennelijke arcuaire kyphose (omdat zijn hoofd topzwaar is geworden van alle moderne problemen) en de mislukte pogingen te aanschouwen een goede coupe in zijn colbertjasje te krijgen. De kraag bibbert wat . . . de knopen zijn verkeerd geplaatst . . . over zijn achterdeel zit de zaak te ruim en het trekt te veel in de omgeving van zijn ruggegraatsverkrumming. Hij wordt om en om gedraaid voor de spiegel van zijn eigen ik en ieder schudt het wijze hoofd . . . er komt geen spat van het hele costuum terecht. Meneer FREUD wordt er bij gehaald, hij bekijkt kritisch het bultje en denkt er het zijne van . . . verdrongen complexen natuurlijk. Meneer JUNG trekt kritisch de wenkbrauwen op . . . hij morrelt wat aan de rechtermouw en tornt een paar naden los, maar nog steeds staat het kereltje er bij als een papieren muts in een regenbui. Meneer Esso wil het helemaal maar in zijn hemd laten staan . . . er is toch niet veel meer aan te dokteren.

Het ventje wordt op armslengte voor- en achteruit geduwd . . . specialiseren! . . . Niet specialiseren! Hij wordt beklopt en gemeten. Zijn persoonlijkheid wordt onder de loupe genomen . . . natuurlijk! . . . het ventje heeft geen persoonlijkheid . . . en hoe zal men iets wat geen persoonlijkheid heeft een nieuwe jas aanpassen? Ik schaar mij mismoedig onder degenen, die zich bewust geworden zijn, dat zij het overzicht over het leven zijn kwijt geraakt. Als ik toch een poging tot synthese waag is het met vele beleefde verontschuldigungen en openstaande voor critiek van de op onderdelen deskundigen. Zonder veel tegenstand, zal wel gesteld kunnen worden, dat èn de huisarts van nu èn de huisarts van de toekomst een persoonlijkheid dient te zijn, wil hij zich kunnen handhaven en dat alles wat de vorming van die persoonlijkheid stimuleert, bevordert dient te worden, alles wat haar remt, bestreden. Daarmede zijn wij echter eerst gearriveerd in het rayon der vage definities. Willen wij dit n.l. concretiseren, dan staan wij voor gevoelsnuances, die niet binnen het bestek van een definitie zijn te vangen. Het gaat er min of meer mee als met de definitie, die HENDRIK WILLEM VAN LOON ergens geeft van het (artistiek) genie . . . n.l.: genie in volmaakte techniek plus nog iets . . . wat dat nog iets is, kan ik U niet vertellen, maar als ik het zie, herken ik het drommels goed. Moeten wij het nu hierbij laten wat de definitie der persoonlijkheid betreft? Ik geloof het niet, speciaal omdat er m.i. wel het een en ander over persoonlijkheid te zeggen valt, waardoor het mogelijk moet zijn de instandhouding hiervan te bevorderen.

Allereerst dan meen ik, dat men eerst van een persoonlijkheid spreken kan, wanneer deze zich èn psychisch èn materieel ook buiten zijn milieu en onafhankelijk van een bepaald geestelijk of economisch groepsverband kan handhaven . . . of althans de geestelijke spankracht heeft zich onafhankelijk hiervan te stellen.

Dit wil niet zeggen, dat binnen groepsverband geen persoonlijkheidsvorming mogelijk is . . . m.i. wel, dat dit groepsverband voor zover zij de persoonlijkheid teveel aan zich bindt, de ontwikkeling hiervan remt. Zeer zeker voor zover onder-schikking hieraan als geestelijke of materiële zelfbescherming is bedoeld. Deze

wil tot zelfhandhaving behoeft slechts in potentie aanwezig te zijn . . . . iemand kan een persoonlijkheid zijn, ook al gaat hij geestelijk of materieel te gronde, zolang slechts de wil „zich zelf te blijven” aanwezig is.

De persoonlijkheidsstructuur bevat hiermede elementen van zelfhandhaving . . . . tevens van het durven dragen van risico en verantwoordelijkheid. In zoverre is misschien de emigrant het prototype van de persoonlijkheid . . . . hij immers durft het risico van een onzekere toekomst aan, waarin hij . . . . losgeslagen uit zijn milieu (en uit de psychische begrensdeheid van het milieu) geheel op zichzelf is aangewezen. (Dit is misschien de bevruchtende invloed, die emigranten vaak op hun nieuwe omgeving uitoefenen).

Ik haal zeer bewust dit voorbeeld aan, omdat het mij daardoor mogelijk is te wijzen op een zeer belangrijke factor, die bijdraagt tot persoonlijkheidsvorming, de drang n.l. der uitwendige omstandigheden. Emigratie op grotere schaal vindt n.l. eerst plaats, indien in het oude milieu onverdraaglijke geestelijke of materiële onlustgevoelens voor de potentiële emigrant ontstaan, m.a.w. het maakt de indruk alsof bepaalde weerstanden stimulerend zijn voor de persoonlijkheidsvorming. Het miskennen van dit verband is m.i. funest voor de geestelijke volksgezondheid en bij overwegingen van sociaal-economische aard dient hiermede m.i. terdege rekening gehouden te worden. Voor wie goed toekijkt is er dan ook iets aan de hand met de persoonlijkheidsvorming binnen het kader van het socialisme, voor zover dit alle weerstanden tracht uit te schakelen en volledige sociale zekerheid probeert te verschaffen. Wanneer dan ook bij monde van DE ROUGEMONT en vele anderen getracht wordt een personalistisch socialisme te scheppen, blijkt uit dit feit reeds, dat deze twee begrippen feitelijk divergeren.

Nu zou men met dit vervlakken der persoonlijkheid uiteindelijk vrede kunnen hebben, indien binnen het kader dier sociale zekerheid een ideale en stationnaire eindtoestand mogelijk ware, eventueel alleen voor niveaustijging vatbaar in zijn totaliteit (dus met handhaving der adaequate energiebeloning). Het behoeft echter geen betoog, dat sociale zekerheid een uiterst fluctuerend begrip is en dat wat in het ene land als sociale zekerheid gevoeld zou worden voor het andere ontoelaatbare levensstandaard is. Wanneer men nu de arbeidzaamheid en het verantwoordelijkheidsgevoel van mieren en gemeentearbeiders (thans uitgebreid tot de totale categorie der werknemers) gadeslaat, komt men tot voor de homo-sapiens beschamende ontdekkingen . . . . en men gaat neigen tot de slotconclusie, dat het socialisme zichzelf in zijn doelstellingen uiteindelijk vernietigt — via de realiteit — waar haar de mogelijkheid gaat ontbreken deze sociale zekerheid economisch op niveau te houden door haar verslappende werking op de geestelijke spankracht. Ik zou hier niet zo bij herhaling op doorhameren ware het niet, dat dit ten naastbij de enige factor is tot persoonlijkheidsvorming (of tot ontbinding der persoonlijkheid), die van buiten af te beïnvloeden is. Een tweede factor n.l., die bijdraagt tot de persoonlijkheidsvorming, is m.i. onbeïnvloedbaar en zou in zoverre dus onbesproken kunnen blijven, ware het niet, dat de bespreking daarvan tot beter begrip van het geheel kan bijdragen. Wie n.l. de moeite neemt de wording van de kinderpsyche in zijn interessensfeer te trekken, zal de ervaring opdoen, dat een duidelijke aanlegfactor bij de persoonlijkheidsvorming onmiskenbaar is en ik raad U aan geen weddenschap voor de toekomst af te sluiten op de al te braven en gedweëen . . . . op hen, bij wie U nooit weerstanden ondervindt. Dat deze factor te beïnvloeden is, is een andere kwestie, maar opnieuw raad ik U aan hen daarbij niet al teveel sociale rust en zekerheid te verschaffen, m.a.w. niet alle weerstanden voor hen uit de weg te ruimen . . . . maar deze zeer bewust in te schakelen . . . . ik verzeker U, dat er anders geen spat van terecht komt . . . . Wie opvallend dreinende kinderen in zijn spreekkamer krijgt weet, dat moeder hen over het dreinende hoofd zal aaien

en hen een mooi stuk speelgoed zal beloven, wanneer zij gunstiglijk zouden willen beschikken hun dreinende mond te houden. Zo beschouwd zou een poging tot academische vorming der persoonlijkheid dus slechts zeer summiere resultaten afwerpen, die niet in evenredigheid zouden zijn met de genomen moeite.

Tevens moeten wij bedenken, dat deze beide studieonderdelen zeker niet uitsluitend appelleren aan de intellectuele functies, maar aan een geestelijke instelling . . . dat hier dus gevoelsnuances een grote rol spelen (het aanvoelen en invoelen). Men zou dus volkomen over het doel heenschieten, indien men iemand zou dwingen een cursus in psychologie en filosofie te volgen. Want evenals voor de zuiver filosofisch ingestelden het exacte weten slechts zeer relatieve betekenis heeft, is voor de zuiver exact-technicus de filosofie een komische en onnutte aangelegenheid en de zelfverdieping langs de weg der psychologie een kinderlijke rem op de dynamiek van de actie (in egocentrische richting?).

Dat men de laatste groep via een cursus toch niet bereikt, is evident of zeer waarschijnlijk.

(Dit is m.i. reeds één van de redenen, dat wij onbewust zo vaak langs elkaar heen redeneren).

Weliswaar is een psychologische en filosofische scholing onmisbaar voor de persoonlijkheidsvorming, maar deze moet van binnen uit komen . . . niet van buitenaf en het is theoretisch zeer goed denkbaar en in de praktijk ook inderdaad te onderkennen, dat een wel onderlegd studeerkamer-psycholoog . . . -philosoof, die bevoegd is deze (gevoels)wetenschappen te onderwijzen, zelf iedere persoonlijkheid kan missen en de persoonlijkheidsvorming wordt zeer zeker mede gestimuleerd door het persoonlijke voorbeeld en de latent gevoelde dynamiek der persoonlijkheid.

Wij komen hierbij aan een volgend punt in de persoonlijkheidsvorming, waarbij ik een woord hieraan moet toevoegen en het daarmee misschien uit zijn oorspronkelijke verband ruk. Het is n.l. de vraag of persoonlijkheid gevoeld kan worden, indien er geen sprake is van een harmonische persoonlijkheidsontwikkeling en hiermede zitten wij weer midden in het probleem, dat ons bezig houdt: „Is de huisarts gedoemd een atavisme te worden?” Ik waag n.l. te poneren, dat een te ver doorgevoerd specialisme de neiging in zich draagt de vorming van een harmonische persoonlijkheidsvorming tegen te gaan en geloof niet ver mis te zijn door te beweren, dat dit ook op de duur de neiging tot specialiseren binnen zekere grenzen zal afremmen. Ik weet, dat dit argument vaag en zwak is, dat ook de specialist compensatie kan zoeken voor zijn eenzijdigheid, maar reeds het feit, dat men niet meer met personen te maken heeft, maar orgaan-technicus geworden is, moet ons toch wel even het gevoel geven aan de uiteindelijke destructie der persoonlijkheid bezig te zijn. Bovendien — het spreekt van zelf — zal de zuiver technicus-mathematicus geen waarde toekennen aan de magie in de geneeskunst, maar zolang hij zijn ogen open houdt zal hij telkens weer geconfronteerd worden met het verband tussen psychische en somatische verschijnselen en de wederkerige beïnvloeding van deze twee, zoals zij vooral bij het endocriene-systeem en het sympathische zenuwstelsel aan de dag treedt . . . en de orgaantechnicus zal dan ook tot zijn grote verbazing en verontwaardiging vele lieden naar de kwakzalver zien verdwijnen (met alle risico's van dien) die de goede huisarts binnen de begrenzing der medische wetenschap zou weten te cureren. Vereiste hiervoor zal zijn een grote soepelheid van geest van de huisarts van de toekomst, zodanig, dat hij zijn technisch kunnen, *a.* op peil houdt, *b.* niet overschat . . . en zijn wil tot persoonlijkheidsvorming niet zo overcompenseert, dat zij tot ongemotiveerde eigenwijsheid wordt. Hij dient dus alles aan de specialist af te staan, wat door de ontwikkeling der techniek buiten zijn competentie komt te vallen . . . hij dient echter zeer bewust vast te houden, eventueel terug te nemen van de specialist, wat door de zelfde ontwikke-

ling der techniek weer binnen zijn competentie valt (als voorbeeld de thrombose-behandeling — wegens de risico's zeer zeker bij het ontbreken van een goede analyste — tijdelijk op de specialist overgegaan, bij verdere ontwikkeling der techniek (wegnemen der gevaren, eventueel nog verdere vereenvoudiging der bloedstollingsbepaling) weer binnen het bereik van de huisarts vallend.

Wie deze factoren alle in aanmerking neemt (de behoefte aan de persoonlijke verhouding — nog steeds bij vele patienten aanwezig — de invloed van het gemoedsleven op de somatische processen, nog gezwezen van het zeker niet denkbeeldige gevaar, dat de patient de weg naar de specialist niet weet — een patiente met climacterische bezwaren heeft de behoefte een specialist te raadplegen . . . waar moet zij heen?) — hij zet op rouge, want nóg is de huisarts niet overleden . . . mits alles in het werk worde gesteld hem zijn persoonlijkheid te doen behouden!

Amstelveen, 15 Februari 1948.

## VAN HET HOOFDBESTUUR

### COMMISSIE BEDRIJFSARTS.

In aansluiting aan het bericht van de redactie (Med. Contact No. 6, blz. 126) kan ik thans mededeelen, dat door het Hoofdbestuur een commissie is benoemd tot bestudeering van de taak van den bedrijfsarts (resp. ondernemingsarts) en zijn verhouding tot den behandelenden geneesheer

In deze commissie hebben zitting genomen:

W. BUSKOP, Rotterdam.

C. LANDHEER, Amsterdam.

Dr. L. SMIT, Amsterdam.

J. SUNIER, Rotterdam.

J. C. W. DONKER, Rotterdam.

J. A. J. BARNHOORN, 's-Gravenhage.

P. A. VAN LUYT, 's-Gravenhage.

Dr. B. VAN DIJK, Dordrecht.

Deze commissie is op 2 Maart door den Voorzitter van de Maatschappij geïnstalleerd.

Namens het Hoofdbestuur,  
Dr. F. WIBAUT, arts,  
Secretaris-Penningmeester.

# VERENIGING

## VOOR MAATSCHAPPELIJKE BELANGEN

### Van het Centraal Bestuur der L.H.V.

KORT VERSLAG DER LEDENVERGADERING VAN DE LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING, D.D. 31 JANUARI 1948 TE UTRECHT („ESPLANADE”).

Te half drie 's namiddags opent de Voorzitter, Dr. S. STURKOP, de vergadering. Bij het daarop volgend appèl nominaal blijken van de 43 afgevaardigden der districten 7 te ontbreken, waarvan zich naderhand echter nog 5 aanmelden, zodat in totaal 51 afgevaardigden deze belangrijke vergadering hebben bijgewoond. De leden van het Hoofdbestuur VAN DER HORST en CORNELIS waren aanwezig.

Vervolgens vraagt de Voorzitter aan de ledenvergadering om dispensatie van de oproepingstermijn dezer vergadering en van art. 27 van het Huishoudelijk Reglement, welke zonder hoofdelijke stemming wordt verleend.

Daarna vraagt de Voorzitter eveneens om dispensatie van art. 26 en 27 van het Huishoudelijk Reglement betreffende het houden van de jaarvergadering der Vereniging in het eerste kwartaal.

De reden hiervoor is, dat de jaarstukken met het oog op de belangrijke onderwerpen, welke het Centraal Bestuur hebben bezig gehouden, niet voor het einde van dit kwartaal gereed kunnen zijn, zodat deze jaarvergadering niet eerder dan in het begin van het tweede kwartaal kan plaats vinden. Ook deze dispensatie wordt zonder hoofdelijke stemming verleend.

Vervolgens brengt de Voorzitter ter kennis der vergadering een motie van orde van het district XIV, om, gezien het belang van een juiste ziekenfondsontwikkeling boven het tijdelijk agreement, alvorens tot de behandeling van het agreement over te gaan, zich uit te spreken over de algemene principes, die zullen moeten gelden als richtlijnen voor onze houding tegenover de toekomstige ziekenfondswet. Naar aanleiding hiervan zet de Voorzitter uiteen, dat het in de bedoeling van het Centraal Bestuur ligt om eerst het agreement af te doen, teneinde daarna geruime tijd te kunnen wijden aan besprekingen over enkele belangrijke punten betreffende de verhouding der huisartsen tot het toekomstige ziekenfondswezen. De motie van district XIV, hoewel voldoende steun ondervindende om in behandeling te worden genomen, wordt bij handopsteken afgestemd.

Daarna stelt de Voorzitter aan de orde als eerste punt het voorstel „gentlemen's agreement 1948” tussen de L.H.V. enerzijds en de organisaties van algemene ziekenfondsen anderzijds. Met het oog op het zeer vertrouwelijk en politiek karakter dezer besprekingen zullen deze handelingen hier slechts in resumé worden weergegeven.

Vastgesteld dient te worden, dat er door de afgevaardigden, naast grote waardering voor het volhardend werk van de onderhandelaars en het Centraal Bestuur, ernstige teleurstelling over en critiek op de resultaten der onderhandelingen is geleverd.

Door verschillende afgevaardigden werd het meest vergaande voorstel verdedigd om op grond van deze geringe tegemoetkomende houding der fondsen geen nieuw gentlemen's agreement aan te gaan over het jaar 1948, met dien verstande, dat de artsen hun medewerking zullen blijven verlenen aan de fondsen voor een abonnementsstarief van f 4.68 resp. f 7.68 zonder andere voorwaarden.

Dit voorstel kon echter slechts bij stemming een klein aantal (5) voorstanders

vinden. Meer steun kreeg het minder vergaand voorstel om het gentlemen's agreement 1947 onveranderd voor het jaar 1948 te verlengen, onder verwerping van het gentlemen's agreement 1948. Met 13 voorstanders kon ook dit voorstel echter de eindstreep niet halen.

Het overgrote deel der vergadering bleek ten slotte er voor te zijn om het gentlemen's agreement 1948 in behandeling te nemen, op grond van het motief, dat het hier slechts betreft een tijdelijke maatregel ter overbrugging van de periode, welke ons nog scheidt van de nieuwe ziekenfondswet, waarbij onze rechtspositie geheel opnieuw en definitief moet worden geregeld. Op deze regeling nu wordt door dit agreement in geen enkel opzicht vooruitgelopen.

Gelijk reeds eerder bij de gemengde algemene en bijzondere beschouwingen was naar voren gekomen, heeft de critiek op dit agreement geleid tot enkele wijzigingen in de oorspronkelijke redactie.

Bij artikel 1, handelende over de tijdsduur van het agreement, werd onder ogen gezien om deze in te korten tot b.v. een half jaar, dan wel 3 maanden, terwijl ook verdedigd werd een opzegging per maand. Met het oog op de daaraan verbonden technische moeilijkheden werd dit artikel ten slotte ongewijzigd aangenomen. Artikel 3a werd ongewijzigd aangenomen. Aan dit artikel, regelende de hoogte van het abonnementshonorarium, was echter een belangrijk gedeelte van alle besprekingen gewijd. De algemene ziekenfondsen hadden zich n.l. bereid verklaard een verhoging van het basistarief ad f 4.68 in overweging te nemen, mits de huisartsen bereid zouden worden gevonden een enquête in te stellen naar de grootte van hun ziekenfondspraktijken en de daarmee samenhangende praktijkkosten. Deze voorwaarde nu ondervond de ernstige critiek der vergadering, ofschoon er ook afgevaardigden waren, die hiertegen geen overwegende bezwaren aanwezig achten.

Ondanks het uit deze critiek resulterende besluit tot afwijzing dezer voorwaarde voor een verhoging van het basistarief zal het Centraal Bestuur echter trachten op eigen initiatief en op eigen manier een onderzoek in te stellen in beperkte ledenkring om te zien, of het op zichzelf mogelijk is een schema van praktijkkosten samen te stellen, dat enige waarde kan hebben om een verantwoord inzicht in deze materie op te leveren. De uitkomsten hiervan zullen echter eerst in een ledenvergadering worden behandeld en alleen dan in het geding worden gebracht, indien de ledenvergadering zich daarmee kan verenigen.

Artikel 3b, regelende de wijze van berekening en betaling der honoraria, kreeg een toevoeging aan het einde van de eerste alinea, luidende „met handhaving van ter plaatse geldende in gunstige zin afwijkende regelingen”.

Artikel 3c, houdende een subjectieve mening van de fondsen, n.l. dat zij in het honorarium een redelijke bijdrage voor ouderdoms-, weduwe- en wezenbijdrage aanwezig achten, werd als niet ter plaatse zijnde in een agreement uit het agreement verwijderd. De vergadering had er geen bezwaar tegen, dat een dergelijke mededeling zou worden opgenomen in een schrijven van de algemene ziekenfondsen aan de Landelijke Huisartsen Vereniging.

Artikel 5 ondervond bezwaren, omdat het verdisconteren van de specialistenrecepten in het abonnementshonorarium een uitbreiding van het risico der huisartsen is, terwijl de ingewikkeldheid van sommige specialistenrecepten moeilijkheden en het inslaan van zeldzame grondstoffen meebrengt. Ofschoon deze bezwaren als juist werden erkend, werd anderzijds hiertegen aangevoerd, dat dit risico volgens steekproeven voldoende gedekt wordt door de verhoging van f 0.50 op het abonnementsstarief der apotheekhoudende artsen. Voorts zal contact worden gezocht met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie, teneinde zo mogelijk een regeling te treffen, dat uitzonderlijk ingewikkelde of zeldzame recepten, voorgeschreven door specialisten, voor rekening van de apotheekhoudende huisarts kunnen worden klaar gemaakt in een apotheek, tegen een gereduceerd tarief.



Aangetekend werd, dat de vergadering zich niet kon verenigen met het motief, dat de voorgestelde verdiscontering mede van belang is ter voorkoming van misbruiken met verwijzingen, zoals in een enkel geval zich heeft voorgedaan, omdat dergelijke misbruiken bij intercollegiale rechtspraak behoren te worden gecorrigeerd, doch niet tot wijziging in het systeem behoeven te leiden. Op grond van de eerder gemelde tegemoetkoming in de overige bezwaren kon de vergadering zich echter met de handhaving van dit artikel verenigen, onder bijvoeging, dat de verhoging van f 0.50 op het abonnementsstarief der apotheekhoudende huisartsen dus in feite slechts voor een zeer gering deel een tegemoetkoming is in de overige lasten van de apotheek.

In artikel 7 wordt opgenomen het woord „kunnen” mede naar aanleiding van hetgeen terzake van artikel 5 werd opgemerkt.

Bij artikel 8 en 9 (honorering verloskundige hulp) worden enkele uitvoerings-moeilijkheden besproken i.v.m. afwijkende locale regelingen. Deze kunnen echter ook alleen plaatselijk worden opgelost, van geval tot geval, met inachtneming van de in artikel 8 en 9 neergelegde regels, waarbij het Centraal Bestuur zo nodig gaarne zijn bemiddeling zal verlenen.

Ook worden enkele moeilijkheden besproken i.v.m. het verschil tussen verplicht- en vrijwillig-verzekerden. Naar aanleiding daarvan wordt aan art. 9 ter verduidelijking toegevoegd: „aan verplicht- en vrijwillig-verzekerden”.

Een bezwaar tegen de clause, dat honorering voor hulp bij vroeggeboorte c.q. abortus binnen een termijn van 20 weken na de conceptie in het abonnements-tarief is begrepen, wordt door de vergadering niet overgenomen.

Artikel 11 wordt na uitvoerige discussie door de vergadering verworpen. Het houden van voldoende spreekuren, het zorgen van behoorlijke waarneming der praktijk bij afwezigheid van de arts, zomede het zelf behandelen van de patient door de arts, worden beschouwd als ethische aangelegenheden, die uitsluitend door de Maatschappij en verder door de vrije artsenskeuze behoren te worden geleid.

De vergadering acht een bevordering van deze onderwerpen vanzelfsprekend tot de taak der Maatschappij te behoren, zodat het geen bezwaar zou ondervinden, dat de Maatschappij dit aan de fondsen zou mededelen, indien dit voor hun geruststelling op dit punt nodig mocht zijn.

Na een kleine discussie over punt 14 aangaande de mogelijkheid der opzegging van het agreement, welke niet kan plaats vinden dan nadat eerst tussen partijen overleg heeft plaats gehad, hetgeen mede met het oog op de voorkoming ener eventuele plotselinge chaos over het gehele land door het Centraal Bestuur wenselijk wordt geacht, sluit de Voorzitter de artikelsgewijze behandeling van het concept gentlemen's agreement, dat daarna met alle aangebrachte wijzigingen wordt goedgekeurd.

Aangetekend wordt, dat deze aanneming geenszins is geschied op grond van de overweging, dat in het nieuwe agreement op voldoende wijze aan de billijke en rechtvaardige wensen der Nederlandse huisartsen is tegemoet gekomen, doch uitsluitend op grond van de wil der Landelijke Huisartsen Vereniging om de vertegenwoordigers der Maatschappij en der organisaties van algemene ziekenfondsen in de Adviescommissie voor het Ziekenfondswezen in de gelegenheid te stellen, hun voorbereidende legislatieve werkzaamheden ten behoeve van het toekomstige ziekenfondswezen in een rustige sfeer te kunnen voltooien.

Na afloop hiervan zet LOFVERS (XIV) in een beknopt, doch indrukwekkend betoog uiteen, dat vóór alles bij de beoordeling van het toekomstige ziekenfondswezen moet worden gewaakt voor het behoud van het humane karakter der geneeskunst. Hiervoor is nodig, dat het gevoel van medeverantwoordelijkheid voor de eigen gezondheidstoestand in de strijd tegen ziekte, leed en dood bij de patienten niet geheel wordt weggenomen door enigerlei technisch systeem, dat hen geheel van deze verantwoordelijkheid ontlast.

Vooral op dit fundamentele punt vraagt hij op korte termijn een uitspraak van de vereniging.

De Voorzitter deelt mede, dat hieraan reeds hard gewerkt is en dat hieromtrent prae-adviezen van het Centraal Bestuur aan de peripherie ter bestudering zullen worden rondgestuurd. Er is echter geen vrees voor tijdnood. De Maatschappij zal lang en breed haar positie t.a.v. deze vraagstukken hebben bepaald, vóórdat de Ziekenfondswet gereed is.

Ten slotte dankt DE GROOT (XIV) namens de vergadering de Voorzitter voor diens leiding in deze moeilijke materie en spreekt de hoop uit, dat diens optimistische verwachtingen omtrent de naaste toekomst in vervulling mogen gaan.

Namens het Centraal Bestuur der  
Landelijke Huisartsen Vereniging,  
C. BLANKSMA, Secretaris.

---

## SPECIALISTENREGISTER

### VERBETERING.

Verbetering in de opgave van erkende specialisten (M.C. No. 32 van 8 October 1947, blz. 527 e.v.). Toevoeging:

#### *Chirurgie:*

J. S. VAN COEVORDEN, Groningen, ingeschreven 1942.

---

## VAN DE OVERHEID

### HET MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN TROK GEEN SUBSIDIE IN VOOR ASTHMA-LIJDERTJES.

De Voorlichtingsdienst van het Ministerie van Sociale Zaken verzocht ons d.d. 16 Februari 1948 het volgende mede te delen:

Bij enkele inzamelingsacties ten behoeve van de uitzending van asthma-lijdertjes naar Zwitserland is de indruk gevestigd, dat het Ministerie van Sociale Zaken zijn subsidie zou hebben ingetrokken. Deze voorstelling van zaken is niet in overeenstemming met de feiten, aangezien op de begroting van genoemd Ministerie (afd. Volksgezondheid) voor dat doel nimmer gelden waren uitgetrokken.

De uitzending van daarvoor in aanmerking komende kinderen van minder-draagkrachtige ouders, tot voor kort bekostigd door Ned. Volksherstel en het Nationaal Fonds voor Bijzondere Nooden, wordt sedert enkele maanden door het Nederlands-Zwitserse Asthmafonds gefinancierd. Daarnaast werden en worden asthmatische kinderen naar Zwitserland uitgezonden voor rekening van de betrokken ouders of andere familieleden. Een en ander uiteraard voor zover de Nederlands-Zwitserse deviezenpositie, die telkens voor een bepaalde tijdsduur bij handelsverdrag wordt geregeld, het mogelijk maakt. Er zijn echter voor Zwitserland in de laatste tijd niet minder, maar meer deviezen beschikbaar gesteld, in de eerste plaats voor gezondheidsdoeleinden.

## VRAGENRUBRIEK

*Vraag 7:* Collega N. te L. vraagt:

Tot welke leeftijd moet de arts het beroepsgeheim bewaren ten opzichte van kinderen tegenover de ouders?

Het *antwoord* staat goed samengevat in „Medische Ethiek” 1936, blz. 105 en luidt als volgt:

„Wat betreft het beroepsgeheim tegenover kinderen, men heeft dit zeker te laten gelden na hun meerderjarigheid; vóór dien tijd hebben de ouders als regel het recht om volledig op de hoogte gesteld te worden. Echter zullen er zich bij oudere kinderen zeker meermalen gevallen voordoen, waar men zich evenals bij meerderjarigen gerechtigd mag achten het beroepsgeheim in acht te nemen, zeer zeker dan, als zij zich zelfstandig onder behandeling hebben gesteld. Zoo noodige wijze men ook de volwassen kinderen er op, dat het in hun eigen belang is, dat hun ouders volledig ingelicht worden, daar alleen dan de noodige maatregelen voor een afdoende behandeling genomen kunnen worden.”

*Vraag 8:* Een psychiater stelt de volgende vraag:

„Een huisarts verzocht mij een patiente van hem te bezoeken, die naar zijn inzicht in aanmerking kwam voor onder curateele-stelling. Ik zag patiente, won bij derden inlichtingen in en gaf een geneeskundige verklaring af aan haar notaris op grond waarvan onder curateele-stelling werd aangevraagd. Door derden werd een tweede psychiater te hulp geroepen, die, naar de Rechtbank mij mededeelde, een tegengestelde verklaring afgaf. De Rechtbank vroeg daarop het oordeel van een derde deskundige en sprak ten slotte de onder curateele-stelling uit.

Mijns inziens zou de tweede psychiater verstandig hebben gedaan door contact met mij te zoeken. De kans was dan groot geweest, dat hij mijn inzicht was gaan deelen en er was dan geen conflict openbaar geworden. Moge een dergelijk conflict op den leek al een vreemde indruk maken, tegenover een instantie als de Rechtbank is dit nog des te ongewenschter. Uit de wijze, waarop de Rechtbank mij hiermede in kennis stelde, was ook duidelijk verwondering en ironie merkbaar. Ik moet ook toegeven, dat men allicht geneigd is te denken: Een van de beide psychiaters is niet te goeder trouw of wel hij kent zijn vak niet. Ik kom dus tot de conclusie, dat de tweede psychiater door geen contact te zoeken, niet alleen zichzelf heeft benadeeld, doch ook het aanzien van de medische stand schade heeft berokkend.

Met enkele collegae deze kwestie besprekende, bleek mij, dat niet allen het met mij eens waren, dat in dergelijke gevallen contact opnemen geboden is. Derhalve zou ik het zeer op prijs stellen Uwe meening te mogen vernemen.”

De Redactie nodigt psychiaters, die hierover een duidelijke mening hebben, uit haar hieromtrent in te lichten. De Redactie zal dan van deze antwoorden een samenvattend overzicht geven.

## BOEKBESPREKING

DOROTHY DEMING, R.N.: CAREERS FOR NURSES.

McGraw—Hill Book Company, London.

Het is een prettig, in een frisse en opwekkende geest geschreven boek, samengesteld door 18 verpleegsters, die allen een verschillende werkkring hebben gekozen uit de vele mogelijkheden, die het verpleegstersberoep biedt, als ziekenhuisverpleegster, polikliniekzuster, sociaal werkster, fabrieksverpleegster, enz., en vertellen van de ervaringen in haar werk.

Het is geïllustreerd met aardige plaatjes en zal zeker met belangstelling gelezen worden door de Amerikaanse meisjes, die verpleegster willen worden, terwijl het ook voor ons Hollanders interessant is, om een indruk te krijgen van de toestanden in de Amerikaanse verpleegsterswereld.

Ik kan het boekje iedereen ter lezing aanbevelen.

S. C. M. SPOOR.

### VERBETERING.

In de boekbespreking van „Hygiène et technologie sanitaire du travail” (M.C. No. 5, blz. 122) werd de naam van den uitgever verminkt. Deze moet zijn: *Edimco S.A.*

DRUK DE BUSSY, AMSTERDAM

Ingevolge papiertoewijzing BPP 4544 verschijnt deze uitgave 52  $\times$  per jaar in een omvang van 1664 pag. totaal, formaat 15  $\times$  23 cm.