

De geneeskundige faculteiten mogen zich ten volie bewust zijn, dat zij, naast geleerden, menschen hebben te vormen, geschikt voor het maatschappelijke leven. En dat de opleiding van deze menschen in de eerste plaats moet worden opgedragen aan hen die den modernen tak der geneeskundige wetenschap geheel overzien, is duidelijk en behoort bijkans geen onderwerp van discussie meer te zijn.

Amsterdam, 13 Februari 1947

C. J. BRENKMAN

Ware bovenstaand stukje van een andere onderteekening voorzien, dan zou ik den inzender hebben voorgesteld zich eens te verdiepen in dr. BRENKMAN's definitie *Geneeskunde toegepast op de maatschappij*. Men kan waarlijk niet juister en kernachtiger te kennen geven, dat sociale geneeskunde geen eigen geneeskundig karakter heeft.

Sociale geneeskunde openbaart zich in hoofdzaak als de arbeid der sociaal-geneeskundigen. Hun ambtelijke praestaties vormen een belangrijke bijdrage tot de Openbare Gezondheidszorg en behooren als zoodanig tot de leerstof van de Hygiëne. Hoe de hoogleeraar in de Hygiëne kan trachten dit onderwerp tot zijn recht te laten komen, heb ik meer dan eens beschreven. Sinds dr. BRENKMAN op de collegebanken zat, is er ook op het gebied, dat men vroeger als Medische Politie aanduidde, het een en ander veranderd.

Uit het tweede gedeelte van zijn stukje blijkt, dat den inzender al evenmin het onderscheid tusschen de *sociale geneeskunde als afzonderlijk hoofdvak voor den student* en de *gespecialiseerde opleiding van den arts tot hygiënist* duidelijk voor oogen staat. Van mijn onveranderde opvattingen over dit tweede onderwerp heb ik nog onlangs in dit *Tijdschrift* 1), ook tezamen met mevrouw RUYLS doen blijken. Thans is het niet aan de orde, maar ik bevestig gaarne, dat de strijdmakkers van mijn keuze zich niet in de „gelederen” van dr. BRENKMAN bevonden.

Mijn streven naar hygiënische deskundigheid geschiedt onder de leuze: *Voorwaarts naar Wettelijke Regeling van Gezondheidsdiensten!* Dr. BRENKMAN daarentegen schrijft eigenhandig 2) in zijn vaan: *Verzet tegen autoritaire Overheidsinmenging!* Nu schiep de kwart eeuw Nederlandsche achterstand ten minste deze zekerheid, dat een gezondheidsvoorziening, die op de leest van het particuliere initiatief geschoeid is, voor specialistisch gevormde hygiënisten geen emplot heeft.

J. J. VAN LOGHEM

#### BLENNORRHOE NEONATORUM

Tijdens en na den oorlog is het aantal gevallen van gonorrhoeïsche infectie sterk toegenomen, ook de blennorrhoe van de pasgeborene. De Ned. Bond tot bescherming van zuigelingen, en zoo voort, vestigt er de aandacht op, dat het derhalve van het grootste belang is, de prophylactische behandeling van de oogen volgens CREDÉ (indruppelen met 2 pCt. nitrargenti) regelmatig toe te passen.

Utrecht, 15 Februari 1947

J. A. STROINK

Secretaresse der sectie van praenatale zorg

#### SOCIALE GENEESKUNDE

Het hoofdartikel van VAN LOGHEM (dit *Tijdschrift* 25 Januari) is een alleszins verdienstelijke bestrijding van de onmiskenbare begripsverwarring en -vervaging op „sociaal-hygiënisch” terrein. Zijn definitie van den arbeid der sociaal-geneeskundigen — van diverse pluimage — als „maatschappelijk verschijnsel van georganiseerde toepassing der geneeskunde” bewonder ik en aanvaard ik gaarne als uitgangspunt van de volgende opmerkingen:

1e. Dit „onderwerp der gezondheidsleer” pleegt door de hoogleeraren in de hygiëne bij hun onderwijs, zacht gezegd, niet tot zijn recht te komen. De gemiddelde „hygiënist” is daartoe te technisch, te bacteriologisch-epidemiologisch ook georiënteerd. In de leerboeken der gezondheidszorg pleegt het niet behandeld e worden.

1) N. T. v. G. IV, 1344 en 1580, 1946.

2) *Tijdschr. v. Soc. Gen.*, Januari 1946.

2e. De „maatschappelijk georganiseerde voorzorg” (praeventieve geneeskunde), evenzeer in theorie deel uitmakend van genoemd „onderwerp der gezondheidsleer” wordt door de hoogleraren in de hygiëne in den regel heelemaal niet onderwezen. Dit „vak” heeft een duidelijk klinisch-specialistischen kant: de praeventieve interne geneeskunde zou door den internist, de praeventieve psychiatrie door den psychiater, de praeventieve oogheelkunde door den oogarts, en zoo voort moeten worden onderwezen. Sommige klinische hoogleraren doen iets aan dit onderwijs, maar de overgrootste meerderheid komt er eenvoudig niet aan toe (geen onwil, of gebrek aan inzicht, maar, onmacht, gezien de hooge eischen van eigen specialisme). In de leerboeken van elk specialisme ontbreken praeventieve hoofdstukken vrijwel.

3e. De „praestaties der geneeskundige ambtenaren in onze samenleving” als onderwijsobject vastgeknoopt aan of losgemaakt van de „studie der volksgezondheid” heb ik nog nergens op het leerprogramma der medische faculteiten aangetroffen. Natuurlijk *kan* de hygiënist bij de bespreking van de infectieziekten er de wettelijke voorschriften bijhalen en de chirurg *kan* er bij vertellen hoe de RVB een dergelijk geval beoordeelt, en zoo voort, maar uitzonderingen bevestigen den regel, dat men voor het „bijbrengen van fundamenteeler kennis” toch al zooveel tijd tekort komt, dat men aan „maatschappelijke verschijnselen” niet toekomt.

4e. Terwijl ongetwijfeld „gescheiden leering van fundamenteele kennis en toegepaste kennis het wetenschappelijk verband bedreigt tot schade van het inzicht” wordt thans de toegepaste kennis onvoldoende onderwezen of niet geleerd, tot schade van de maatschappelijke bruikbaarheid der door de Universiteiten afgeleverden. De jonge arts voelt zich in de practijk als een „kat in een vreemd pakhuis” (het ziekenhuis-pakhuis kent hij, de „kille maatschappij” als pakhuis met een geheel andere organisatie, een andere „administratie”, een andere receptuur, een primitiever diagnostiek, een eigen ethiek, en zoo voort kent hij niet).

5e. „Openstaan der studentien voor juiste begrippen der stelsels van bestrijding, die op wetenschappelijken grondslag kunnen worden opgebouwd”, is niet voldoende, men moet ze bij voorkeur juiste begrippen bijbrengen omtrent die stelsels, en wetenschappelijke fundamenteen bij hen leggen.

Pour discuter il faut être d'accord en ik meen, dat uit het bovenstaande blijkt, dat ik het in groote lijnen wel met van VAN LOGHEM eens ben. Daarom ijver ik niet voor het denkbeeld een met „sociale geneeskunde” te betitelen onderwerp der gezondheidsvoorziening als universitair vak af te bakenen; met VAN LOGHEM ben ik van meening, dat bovenal het onderwijsprogramma tegen overlading moet worden beschermd. En niettemin ben ik van oordeel, dat het onderwijs in de geneeskunde „socialer” moet worden, meer ingesteld op het „maatschappelijk verschijnsel van georganiseerde toepassing”.

Een dergelijke „socialisatie” (s.v.v.) van de geneeskunde en althans van de uitoefening der geneeskunst heeft een actiecentrum, een kristallisatiepunt nodig aan de Universiteiten, in den vorm van een instituut, waar alle belangstelling voor het genoemde maatschappelijke verschijnsel gecentraliseerd is en waarvan een stuwung in de juiste richting uitgaat. Ik zie den leider van dit instituut als iemand, die ook sociale pathologie en sociale hygiëne beheerscht, volkomen op de hoogte is van de geneeskundige wetgeving, van beroepsethiek en gezondheidsadministratie („Administrative Medicine” der Amerikanen), gezwezen van de medische statistiek. Iemand die bereid en in staat is leiding te geven aan het „maatschappelijk ziekenhuiswerk” in de academische klinieken, en zoo voort.

Ook als het niet mogelijk mocht blijken — wat ik niet aanneem — een uurtje college in de week voor elke groep afzonderlijk (candidaten, doctorandi, semi-artsen) voor dezen docent te reserveeren, zou ik meenen, dat de klinische hoogleraren hem gaarne 5 minuten van elk klinisch college zouden afstaan om „den maatschappelijken kant” van het behandelde geval of den besproken patiënt kort te schetsen, met inbegrip van den administratieven kant en vooral niet te vergeten den oeconomischen kant (Medical Economics der Amerikanen). Vragen

als wie betaalt deze opneming (GGGD, RvA. RVB, ZF), wat kost dat per dag, wie controleert dat, welke gevaren bedreigen dezen patiënt bij terugkeer in zijn milieu, en zoo voort zouden op leerzame wijze kunnen worden beantwoord. Ik ben overtuigd, dat hoogleeraar en assistenten (= toekomstige specialisten) even enthousiast over deze aanvulling van het „clinische onderwijs” zouden zijn als de studenten. De „sociale clinicus” zou de vraagbaak worden van zeer velen. Team work! De „sociale geneeskunde” moge geen afzonderlijke wetenschap zijn, zonder een bijzondere beoefening blijft de geneeskunde steriel en onvermijdelijk is. Door het scheppen van een geïsoleerden leerstoel voor dit onderdeel der gezondheidszorg (dat ik bij voorkeur „maatschappelijke gezondheidszorg” noem) komt men er zeker niet — dat ben ik met VAN LOGHEM gaarne eens; door echter aan een docent met breede sociale kennis en belangstelling deel te geven aan het klinische en aan het hygiënische onderricht kan men bevorderen, dat de geneeskundige wetenschap en het geneeskundige onderwijs meer dan tot dusver rekening houden met „maatschappelijke verschijnselen”. Dat is heel erg noodig! Dit verschijnsel als geheel wordt *niet voldoende* overzien bij de omschrijving der openbare gezondheidszorg aan de meeste Universiteiten; in zijn onderdeelen sluit het *niet voldoende* op rationeele wijze aan bij de specieele leer der bestrijding van ziekten in de meeste universiteitsklinieken. Mocht VAN LOGHEM daarvan niet overtuigd zijn, dan zal een enquête het hem aantoonen. Tenslotte iets over de „verzekeringsgeneeskunde” die inderdaad veelal ten onrechte als „sociale geneeskunde” naar voren wordt geschoven en dan uit een oogpunt van onderzoek en wetenschap als geneeskundig specialisme een kwijnend bestaan moet leiden. Wie echter iets van de „verzekeringswetenschap” afweet met zijn risicobegrip, kansrekening, causaliteitsleer (causa proxima in Engeland, causa adaequata in ons land), beseft, dat er bij de levensverzekeringsgeneeskunde, particuliere ongevalverzekeringsgeneeskunde, particuliere ziekteverzekeringsgeneeskunde, nog wel wat meer komt kijken dan het „maatschappelijk verschijnsel van georganiseerde toepassing der geneeskunde”. De meening van VAN LOGHEM, dat de „geneeskundige vragen, die voortkomen uit de wettelijke voorzieningen tegen de gevolgen van ziekte en ongeval, in hoogste instantie door internist, psychiater, en zoo voort worden beantwoord, miskent de wettelijke regeling van het beroepsrecht, die juist in hoogste instantie de beslissing aan administratierechtelijke instanties (Centrale Raad van Beroep, soms scheidsgerechten of „enkelvoudige medische kamers”) heeft opgedragen. De internist, psychiater, en zoo voort geroepen om als „getuigdeskundige” dien administratieven rechter van voorlichting en advies te dienen, behoort een diepgaande studie te hebben gemaakt van het „maatschappelijk verschijnsel van georganiseerde toepassing der geneeskunde” en liefst ook van de sociale verzekeringsgeneeskunde, wil hij zich niet blameeren tegenover socialer deskundigen, die de tegenpartij in het geweer mocht brengen. De „sociale docent”, door mij voorgestaan, zal ook de noodige aandacht besteden aan de jurisprudentie van den administratieven rechter en het aandeel, dat clinicus en practicus, specialist en huisarts aan de rechtsvorming op verzekeringsgeneeskundig gebied kan en behoort te hebben.

In dit licht is de afbakening van het zeer uitgebreide geheel der maatschappelijke verschijnselen van georganiseerde toepassing der geneeskunde tot gespecialiseerd arbeidsveld van een bijzonderen docent didactisch en wetenschappelijk ten volle verantwoord.

Rotterdam, 30 Januari 1947

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

## BRIEFWISSELING



Daar de voorraad illustratiepapier geheel is uitgeput, kunnen voorloopig geen artikelen met platen buiten den tekst worden opgenomen.

REDACTIE