

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 clinische 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 aantonen. 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