

de groep iets van de inrichting en haar doel, en dan neemt de verpleegster de meisjes mee op een tocht door het gehele gebouw, beantwoordt al haar vragen en stelt haar voor aan alle leden van de staf, die zij tegenkomen. Om 10.45 uur komen zij weer terug in de conversatiekamer en maken daar kennis met de rest van de staf, bij een kopje koffie. Om 11 uur gaan zij naar een andere kamer en daar, gezeten in een „friendly semi-circle” om de zuster, beginnen de schriftelijke tests. Deze hebben tot doel, de meisjes op haar eigen wijze op dezelfde opgeroepen emotionele prikkels te laten reageren. Daartoe moeten de meisjes een voorstelling op een plaat beschrijven (waarbij de platen van MURRAY worden gebruikt) en een reeks zinnen opschrijven, die ieder een prikkelwoord bevatten. Voorts moeten zij een korte beschrijving van zichzelf als mens geven, in twee minuten het meest opwindende ogenblik in haar leven beschrijven en een intelligentietest geven om haar leervermogen aan te tonen.

Het is dan lunchtijd geworden; de kandidaten gebruiken de maaltijd in de eetzaal met staf en patiënten. Om 2 uur worden zij ondervraagd door de psychiater; het interview duurt 10 tot 40 minuten. Daarna praat de directrice nog een kwartiertje met de candidate. De sfeer bij de gesprekken wordt zo ongedwongen en zo makkelijk mogelijk gemaakt en het zelfrespect der meisjes wordt zo nauwgezet ontzien, dat zij bij het interview meestal volkomen bereid zijn meer van haarzelf te vertellen. De directrice bepaalt ten slotte of de candidate haar aanstaat of niet, een belangrijk punt, daar zij toch met haar moet werken. Om 3.30 uur komt de gehele groep weer samen met een der psychiaters voor een groepsdiscussie; hier wordt de candidate gezien, zo te zeggen, in sociale actie. Om 4.30 uur gebruiken zij, weer met de directrice, de thee en zijn dan in gelegenheid over de ondergane procedure te praten.

Het selectie team (directrice, verpleegster, psychiater) bepraten hun indrukken en de directrice maakt ten slotte haar keuze (*The Lancet*, Sept. 25, No. 6526, 1948).

E. SLUITER

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten*



### SOCIALE EN ASOCIALE GENEESKUNDE

Met belangstelling nam ik kennis van verschillende bewijzen van instemming met mijn artikel over het bovenvermelde onderwerp zowel in de kolommen van het *Tijdschrift* als daarbuiten.

Aan collega DE LANGEN zou ik willen antwoorden, dat ik ook in mijn artikel wees op de sociale facetten, reeds in mijn eerste twee voorbeelden, en op de naar mijn mening volkomen verkeerde instelling van vele overheidsorganen ten opzichte van deze vraagstukken.

Collega HERMANS gaf een welkome aanvulling met zijn mededeling over de overschatting van de WASSERMANN-reactie als criterium voor afkeuring. Zeker zijn er op tal van gebieden dergelijke voorbeelden te vinden.

Met nog meer belangstelling las ik de critiek op mijn artikel. Deze heeft mij helaas teleurgesteld. In verschillende opzichten gaat deze critiek geheel langs de inhoud van mijn artikel heen. Collega VAN DER BERG schrijft bijvoorbeeld, dat afkeuring op grond van een éénmaal vastgestelde bloeddrukverhoging ook z.i. onjuist is, maar hij vraagt zich af of een na rust blijvende verhoging niet toch op den duur schadelijk werkt. Dit is vanzelfsprekend een geheel ander vraagstuk. Hetzelfde geldt voor de volgende alinea van het artikel van collega VAN DER BERG. Mijn veroordeling van het beleid van betrokken collega geschiedt niet in de eerste plaats op grond van de van mijn inzichten afwijkende beslissing, hoewel ik ook zonder twijfel deze beslissing ten enenmale onjuist acht;

het feit echter, dat deze collega, een sociaal geneeskundige van standing, in één adem noemt de hypertensie, waaronder blijkbaar het geval van deze patiënte, en zogenaamde nerveuze hartaandoeningen, lees „gesimuleerde hartaandoeningen”, is voor mij de reden om te beweren, dat deze sociaal-geneeskundige ongeschikt is voor deze beslissingen zonder recht van beroep.

Hieraan is collega VAN DER BERG ook wederom geheel voorbijgegaan. Wanneer collega VAN DER BERG meent, dat de gewraakte fouten veeleer gemaakt worden door huisartsen en medici dan door sociaal-geneeskundigen dan moet ik dit helaas met beslistheid ontkennen.

De door mij gegeven voorbeelden van m.i. foutieve beslissingen door geneeskundigen kwamen alle tot stand door een verzaken van of een onvoldoende bekendheid met eenvoudige principes der klinische geneeskunde.

Verbetering op dit punt is dan ook zeker niet te bereiken door een uitgebreider opleiding in datgene wat tegenwoordig als sociale geneeskunde wordt beschouwd. In verband hiermede moet ik nog wijzen op een in niet-universitaire kringen wijd verspreid misverstand. Een tak van geneeskunde wordt niet tot volle wetenschappelijke waardigheid verheven van buitenaf door opneming in het universitaire verband en het verkrijgen van leerstoelen, maar groeit daartoe alleen van binnen uit, en een praemature vastlegging van een dergelijke tak van geneeskunde in officiële leergangen brengt het gevaar met zich van een bestendiging van foutieve instellingen.

Ook de slotzin van het artikel van collega VAN DER BERG berust op een misverstand. Ik ben als clinicus niet negatief ingesteld tegenover de sociale geneeskunde, maar wel tegen de uitwassen ervan en tegen de inertie van de sociaal-geneeskundigen als geheel (de goede uitzonderingen daargelaten) om deze uitwassen te bestrijden.

Ook het artikel van collega BRUYEL is hiermede beantwoord. Het feit, dat ook elders foutieve beslissingen voorkomen, is geen argument om de fouten der sociaal-geneeskundigen, of deze nu dit werk uitsluitend of gedeeltelijk doen, goed te keuren.

Een misverstand is eveneens, dat dit maar enkele geïsoleerde voorbeelden zouden zijn. Naar mijn mening, en die van vele anderen, betreft het hier een wijd verbreid euvel.

Bovendien bestaat nog een belangrijk verschil ten opzichte van de gewone geneeskunde. De patiënt kan zelf zijn medicus uitzoeken, en indien deze hem niet bevalt naar een ander gaan. Aan de keurende medicus is hij echter overgeleverd, in vele gevallen zonder enig recht van beroep of verweer. De door collega BRUYEL aangehaalde voorbeelden zijn m.i. ook niet ter zake dienende. Het bestaan van vele moeilijkheden en moeilijke beslissingen heb ik uitdrukkelijk erkend.

Amsterdam, 27 November 1948

P. FORMIJNE

### STREPTOMYCINE

Aangezien de voorraadpositie van Streptomycine momenteel iets gunstiger is dan tot dusverre het geval was, achten wij het tijdstip aangebroken, om waar mogelijk de ziekeninrichtingen vrij te laten in de keuze van hun leverancier.

Bij de aanvragen, welke nog steeds tot de *Geneeskundige Hoofdinspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Parkweg 12 te 's-Gravenhage* (tel. 554835) dienen te worden gericht, zal de betrokken inrichting er derhalve goed aan doen gelijktijdig de leverancier te vermelden, van wie zij het streptomycine wenst te betrekken.

Zo mogelijk zal levering dan ook via deze groothandelaar plaatsvinden. Alleen in bijzondere gevallen, bij voorbeeld indien de voorraad van deze leverancier op het desbetreffende moment mocht zijn uitgeput, zal door ons een andere groothandelaar worden aangewezen.